SOS
Multi.
& Cit.
1988(3)
F

Revue des documents de référence portant sur la santé mentale des migrants

Groupe chargé
d'étudier les problèmes
de santé mentale
des immigrants
et des réfugiés

Canada

GROUPE CHARGÉ D'ÉTUDIER LES PROBLÈMES
DE SANTÉ MENTALE DES IMMIGRANTS
ET DES RÉFUGIÉS

REVUE DES DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE PORTANT SUR LA SANTÉ MENTALE DES MIGRANTS

BIBLIOTHÈQUE
SECRÉTARIAT D'ÉTAT DU CANADA
FEB 2 7 1989
LIBRARY
DEPARTMENT OF THE SECRETARY
OF STATE OF CANADA

Also available in English under the title
"Review of the Literature on Migrant Mental Health"

90-02620/

SOS

Données de catalogage avant publication (Canada)

Revue des documents de référence portant sur la santé mentale des migrants / Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada.

Publié aussi en anglais sous le titre : Review of the literature on migrant mental health.
Publié en collab. avec Santé et Bien-être social Canada.
Bibliogr. : p.
ISBN: 0-662-95221-9

1. Immigrants -- Santé mentale -- Canada.
2. Immigrants -- Santé mentale, Services de -- Canada. 3. Réfugiés -- Santé mentale -- Canada.
4. Réfugiés -- Santé mentale, Services de -- Canada. I. Canada. Multiculturalisme.
II. Canada. Santé et Bien-être social Canada.
III. Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada.

RC451.4.E45R4814 1988 362.2 C-89-099406-4

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1988
N° de cat. Ci96-37/1988F
ISBN 0-662-95221-9

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ i

I. ÉTENDUE DE LA REVUE DES DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE 1

II. ÉTAT DE SANTÉ MENTALE DES IMMIGRANTS ET DES RÉFUGIÉS 3

A. INSTRUMENTS DE MESURE DE L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE 3

1. Enquêtes communautaires 3

2. Données cliniques 4

3. Taux de maladie mentale 5

B. FACTEURS INFLUANT SUR L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE 6

1. Variables socio-démographiques 6

a. Âge au moment de la migration 6

b. Sexe du migrant 7

c. Antécédents socio-culturels 8

2. Conditions du départ 9

a. Stress prémigratoire 10

b. Composition de la famille 11

c. Attentes concernant l'avenir 12

3. Variables post-migratoires 12

a. Accueil par la société hôte 13

b. Situation socio-économique 14

c. Composition de la collectivité d'accueil 14

d. Durée du séjour 15

C. MIGRANTS À RISQUE 18

TABLE DES MATIÈRES (suite)

III. SERVICES DE SANTÉ MENTALE DESTINÉS AUX IMMIGRANTS ET AUX RÉFUGIÉS 20

A. PROGRAMMES ET SERVICES PRÉVENTIFS 20

B. RECOURS AUX MÉDECINES TRADITIONNELLES DANS LE PAYS HÔTE 21

C. UTILISATION DES SERVICES COURANTS DE SANTÉ MENTALE 23

1. Modes d'utilisation des services 23

2. Problèmes liés à l'évaluation individuelle 25

3. Attentes concernant la thérapie 27

a. La relation thérapeute - patient 28

b. Établissement des objectifs et du plan de traitement 28

c. Contenu de la thérapie 29

D. SOLUTIONS PROPOSÉES POUR REMÉDIER AUX OBSTACLES 30

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE CITÉS 33

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL 54

RÉSUMÉ

Mandat

Inventorier les connaissances actuelles, fondées sur des travaux de recherche, relativement à l'état de santé mentale des immigrants et des réfugiés, et aux services de santé mentale auxquels ils ont ou devraient avoir accès.

Constatations relatives à l'état de santé mentale

Le groupe de travail a passé en revue plus de 1 000 documents, publiés ou non, examen qui lui a permis de dégager les points suivants.

La migration en tant que telle n'augmente pas les risques de troubles mentaux. Toutefois, certains phénomènes peuvent venir se greffer à l'expérience de la migration. Lorsqu'ils se produisent effectivement, ces phénomènes contribuent à augmenter les risques de troubles mentaux. Voici les plus courants :

1. dévalorisation de la situation socio-économique personnelle par suite de la migration;
2. incapacité de parler la langue du pays hôte;
3. séparation de la famille;
4. accueil peu amical de la part de la population du pays hôte;
5. absence de personnes ayant les mêmes antécédents culturels dans l'entourage immédiat;
6. expérience traumatisante ou période de stress prolongée avant la migration; et
7. expérience de la migration au stade de l'adolescence ou de la vieillesse.

Les sous-populations de migrants exposées à certains ou à l'ensemble de ces phénomènes risquent davantage de souffrir de troubles mentaux et ce, dans les trois à 18 mois suivant leur arrivée. Les risques de troubles mentaux augmentent à nouveau, des années après la migration, par suite de conflits familiaux.

Constatations relatives aux services de santé mentale

Les mesures de prévention des maladies mentales chez les migrants visent à remédier aux problèmes associés à la dévalorisation de la situation socio-économique et à l'isolement socio-culturel. Programmes d'apprentissage linguistique et de formation professionnelle, politiques favorisant la réunion des familles et l'organisation communautaire, et sensibilisation des populations hôtes à la qualité de l'accueil sont autant d'initiatives susceptibles de contribuer à réduire les risques de troubles

psychiques chez les migrants et à faciliter le processus d'adaptation psycho-sociale.

Les migrants ont moins fréquemment recours aux services de santé mentale que les personnes nées dans le pays hôte. Selon le sens culturel donné à la maladie mentale, et surtout au profond stigmate qui y est associé, ses manifestations sont acceptées, dissimulées ou somatisées. Ainsi, pour de nombreux groupes culturels, les troubles émotifs ne nécessitent pas un traitement digne de ce nom.

Dans les cas où les migrants ont effectivement recours aux services de santé mentale, des obstacles d'ordre linguistique et culturel nuisent souvent à la bonne marche du traitement. Divers problèmes - erreur de diagnostic, annulation ou interruption prématurée du traitement - se produisent en effet lorsque les différences culturelles ne sont pas prises en considération dans l'interprétation des symptômes, et dans le choix des techniques de counselling et de traitement.

Les guérisseurs traditionnels issus des communautés de migrants jouent un rôle utile auprès des professionnels de la santé mentale auxquels ils fournissent leurs conseils, leurs connaissances et leur collaboration.

Mesures à prendre à la lumière de ces constatations

1. **Expansion des programmes et des politiques facilitant l'adaptation socio-économique et socio-culturelle des migrants**. Pour un bon équilibre coûts-avantages, les politiques et les programmes existants devraient être évalués sous l'angle de leur apport à la santé mentale.

   Par exemple, quelles sont les implications de l'accréditation professionnelle par rapport à celles de la formation professionnelle pour le bien-être émotionnel du migrant?

2. **Développement des programmes communautaires d'éducation et de sensibilisation à l'intention des migrants**. Ces programmes devraient se fonder sur des données précises concernant la façon dont chaque groupe culturel visé perçoit présentement les troubles psychiques et les services de santé mentale. Par exemple, dans quelles conditions chaque groupe a-t-il recours aux médecines traditionnelles, si tel est le cas?

3. **Formation de spécialistes de la santé mentale sur la question des différences culturelles, et formation des interprètes biculturels sur les problèmes de santé mentale**. Ces mesures nécessiteront l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation de programmes d'études spécialisées. Par

exemple, quelles modifications apporter aux techniques de counselling pour traiter un cas de viol lorsque la victime est issue d'une société de type traditionnel?

4. **Définition de méthodes de recherche standard, qui tiennent compte des différences culturelles, aux fins de l'évaluation de l'état de santé mentale et des services de santé mentale**. L'efficacité de chacune des mesures préconisées ci-dessus dépend de l'exactitude et de la pertinence des informations sur lesquelles elles se fondent. La qualité de ces informations repose à son tour sur l'utilisation de méthodes de recherche qui ont été éprouvées.

I. ÉTENDUE DE LA REVUE DES DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Les documents de référence examinés se divisent en deux grandes catégories : les uns portent sur l'état de santé mentale des immigrants et des réfugiés; les autres, sur les services de santé mentale. Les orientations et les méthodes de travail, ainsi que les limites de la revue elle-même, sont présentées ci-dessous en guise d'introduction.

Le groupe de travail effectue cette revue des documents de référence existants sur la santé mentale des migrants dans le but de faire le point sur l'état des recherches et les écoles de pensée existantes sur les questions de santé mentale touchant les immigrants et les réfugiés. Trois objectifs ont été établis en vue d'atteindre ce but :

1. définition des problèmes de recherche rencontrés dans ce domaine, et des répercussions de ces problèmes sur la fiabilité des résultats;

2. inventaire des questions traitées dans les documents de référence, et des lacunes existantes sur le plan de la connaissance et de la compréhension des problèmes en cause;

3. définition de la tendance générale qui se dégage des constatations, et identification des contradictions majeures susceptibles de mettre en opposition certaines de ces constatations.

Les recommandations du groupe de travail se fondent non seulement sur les constatations auxquelles ont donné lieu les recherches entreprises, mais aussi sur les lacunes et les problèmes relevés dans ces études.

Le choix des documents de référence examinés dans le cadre de cette revue s'est effectué de deux façons. Dans un premier temps, quatre bases de données informatisées ont été explorées : Health Planning and Administration, Medline (base de données portant sur toutes les publications du domaine des sciences de la santé), Psychological Abstracts et Sociological Abstracts. Ces recherches ont permis de relever environ 700 titres de documents de référence sur la santé mentale des migrants. Dans un deuxième temps, les membres du groupe de travail ont consulté d'autres bibliographies relatives aux documents, publiés ou non, présentés dans le cadre de conférences. Au total, un peu plus de 1 000 documents ont été retenus et examinés dans le cadre de la revue.

Le volume des écrits sélectionnés aux fins de cette revue reflète l'étendue du mandat confié au groupe de travail tel qu'il est décrit dans l'introduction du présent rapport. Une partie d'entre eux couvrent tous les aspects de la santé mentale, depuis

l'état d'équilibre émotionnel jusqu'aux désordres psychiques, en passant par les troubles psychologiques mineurs. Les autres portent sur les services de santé mentale : programmes de prévention; méthodes de soins traditionnelles; principaux services fournis par les médecins du secteur privé, les centres communautaires de traitement et les établissements hospitaliers.

De plus, conformément aux directives données, la longueur du séjour dans le pays hôte n'a pas été prise en ligne de compte dans le choix des études portant sur les immigrants et les réfugiés. Par contre, ont été exclus de la revue les écrits concernant les groupes autochotones, les travailleurs migrants saisonniers, les étudiants étrangers et autres sous-populations de passage. Quelques études mettant en regard l'ethnie et la santé mentale ont été retenues lorsque le ou les groupes ethno-culturels visés comportaient une forte proportion de migrants de la première génération.

Pour s'assurer que la revue donne des résultats pertinents et utiles, les membre du groupe de travail ont sélectionné des écrits qui sont fondés sur des données actuelles et relevées dans le contexte canadien. C'est pourquoi la plupart des études citées ont été effectuées au cours de la dernière décennie. Aux résultats de recherches entreprises au Canada s'ajoutent cependant des données comparatives en provenance d'autres pays occidentaux accueillant des migrants, la Grande-Bretagne et les États-Unis notamment. Toujours pour des raisons d'ordre pratique, seuls les documents de référence rédigés dans l'une des deux langues officielles du Canada sont cités.

Un dernier mot concernant l'étendue de cette revue : certains des documents de référence cités fournissent des données empiriques et quantitatives, tandis que d'autres présentent des études de cas approfondies, des analyses théoriques ou des recommandations fondées sur l'expérience. Le groupe de travail estime qu'en se référant ainsi à des données tantôt quantitatives, tantôt qualitatives, il est mieux à même de dégager l'essentiel de la contribution des chercheurs à l'étude de la santé mentale des migrants.

II. ÉTAT DE SANTÉ MENTALE DES IMMIGRANTS ET DES RÉFUGIÉS

Deux thèmes dominants se dégagent des études récemment entreprises sur la santé mentale des migrants. Le premier concerne la question des méthodes de mesure du phénomène : comment évaluer l'état de santé mentale de populations dont les antécédents culturels diffèrent? Le second thème concerne la question de la causalité : en admettant que l'on puisse prouver qu'il existe des différences sur le plan de la santé mentale entre migrants et population du pays hôte, ou entre sous-populations de migrants, quels sont les facteurs de risque de maladie mentale? Il ne s'agit pas là de questions "purement abstraites" : les réponses auxquelles elles donneront lieu fourniront les ingrédients essentiels à une planification efficace de services de prévention et de traitement des maladies mentales.

A. INSTRUMENTS DE MESURE DE L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

L'évaluation de l'état de santé mentale des populations de migrants se fonde habituellement sur des données cliniques, telles que les statistiques relatives à l'hospitalisation ou sur des résultats d'enquêtes communautaires. Ces deux méthodes soulèvent une question fondamentale : celle de la validité transculturelle.

1. Enquêtes communautaires

Leurs résultats s'avèrent difficiles à interpréter lorsque les enquêteurs n'ont pas accordé suffisamment d'attention à la question des différences culturelles dans le choix des concepts étudiés, des instruments de mesure et des techniques d'échantillonnage (Casas, 1985; Eyton et Neuwirth, 1984). Aux fins de l'équivalence conceptuelle, des démarches ont été tentées en vue de traduire dans d'autres langues des termes relatifs à la santé mentale censés être universels ("émiques") ou, au contraire, intraduisibles ("étiques"), et d'en réuniformiser l'usage auprès des populations non anglophones (D.W. Chan, 1985; Fava, 1983; Karno et al., 1983). Dans la même perspective, d'autres chercheurs ont travaillé en collaboration avec des informateurs clé appartenant à des groupes culturels précis en vue de mieux comprendre les concepts et les moyens d'expression associés à la maladie qui leur sont propres, et de définir à la lumière de ces données des vocables et des échelles de mesure à l'usage exclusif de ces groupes (Kinzie et al., 1982). Quelques chercheurs ont combiné ces deux approches en vue de les appliquer à la fois aux migrants et à la population du pays hôte (Beiser et Fleming, 1986; Cochrane, Hashmi et Stopes-Roe, 1977).

La validité transculturelle des instruments de mesure quantitatifs utilisés dans le cadre des enquêtes communautaires

dépend dans une large mesure de la façon dont les symptômes, les émotions et les expériences associés à la maladie mentale sont perçus et décrits par les divers groupes culturels (Westermeyer, 1985). En premier lieu, la valeur assignée par le migrant aux divers éléments de l'échelle de santé mentale réflète un modèle de perception des syndromes visés qui est propre à sa culture (Eyton et Neuwirth, 1984; Lonner, 1980). Qui plus est, ses réponses peuvent être influencées par des facteurs culturels tels que la bienséance (Aday, Chiu et Anderson, 1980; Jones et Korchin, 1982). De l'avis de plusieurs chercheurs, avant de mesurer quantitativement les différences existant entre les groupes culturels sur le plan de la santé mentale, il faudrait procéder à une évaluation qualitative, fondée sur des entrevues qui porteraient sur des questions ouvertes et sur une description phénoménologique détaillée (Eyton et Neuwirth, 1984; S. Sue, 1983).

Enfin, les variables socio-démographiques en jeu, dont les méthodes d'échantillonnage ne tiennent pas toujours compte, compliquent également l'interprétation des résultats d'enquêtes communautaires même auprès de plusieurs groupes culturels (Casas, 1985; Jones et Korchin, 1982). Les données obtenues auprès d'échantillons soigneusement assortis de personnes nées dans le pays hôte et de migrants ne permettent pas d'extrapoler lorsque les facteurs ne sont pas représentatifs des deux populations étudiées (voir, par exemple, Cochrane et Stopes-Roe, 1981). Par contre, les études par sondage aléatoire requièrent des échantillons - et des fonds de recherche - très importants pour mettre en lumière des variables valables statistiquement (voir, par exemple, Beiser, 1984).

2. Données cliniques

La validité de la méthode d'évaluation de l'état de santé mentale qui se fonde sur les statistiques relatives à l'hospitalisation et autres données cliniques est souvent mise en doute parce qu'elle ne fait pas de distinction entre manifestations de la maladie et modes d'utilisation des services de santé (Lopez, 1981). Des facteurs tels que la proximité des services de traitement ou la peur du stigmate associé aux troubles mentaux influent sur la décision de recourir ou de renoncer au traitement lorsque la maladie se manifeste. Si ces facteurs avaient le même poids pour tous les sous-groupes coexistant au sein d'une société, les statistiques relatives au traitement pourraient à tout le moins permettre d'établir une comparaison sur le plan des risques relatifs de troubles mentaux. Toutefois, les personnes nées dans le pays hôte et les migrants n'utilisant pas les services de traitement de la même façon, les études comparatives sur l'état de santé mentale qui se fondent sur les pourcentages d'hospitalisations doivent être interprétées avec prudence (Allodi et Fantini, 1985; Morgan et Andrushko, 1977; Rwegellera, 1980).

D'autres complications, associées à l'établissement d'un diagnostic valable d'une culture à l'autre, surgissent lorsque les données cliniques sont utilisées pour obtenir des chiffres concernant la fréquence de troubles mentaux précis parmi les populations de migrants (Boxer et Garvey, 1985; Carpenter et Brockington, 1980; Littlewood et Lipsedge, 1981).

Les questions relatives au diagnostic transculturel, et aux modes d'utilisation des services de santé mentale, sont étudiées en détail plus loin, pp. 23-30.

3. Taux de maladie mentale

Idéalement, l'état de santé mentale des populations de migrants devrait être évalué à la lumière des résultats d'enquêtes communautaires valides sur le plan de l'équivalence transculturelle, et des données cliniques, les premiers corroborant les secondes, et vice versa (voir, par exemple, Cochrane et Stopes-Roe, 1981). Dans les faits, cependant, les résultats de recherches sont rarement aussi limpides. Plusieurs études fondées sur des résultats d'enquêtes communautaires semblent indiquer que les cas de troubles psychologiques sont moins fréquents chez les migrants que chez les personnes originaires du pays hôte (Halldin, 1985; Kallarackal, 1976; Roskies, 1978), mais au moins une enquête fait état du contraire (Vega, Kolody et Warheit, 1985; voir également Yeung et Schwartz, 1986). Par opposition, les études cliniques portant sur les statistiques relatives aux hospitalisations semblent démontrer que les cas de désordres psychiques sont plus fréquents chez les migrants que chez les personnes originaires du pays hôte (Carpenter et Brockington, 1980; Cheung et Dobkin de Rios, 1982; Dean et al., 1981); mais là encore, il y a des exceptions importantes (Bland et Orn, 1981; Morgan et Andrushko, 1977).

Ces disparités sont attribuables, mais en partie seulement, aux problèmes que posent la validité des méthodes de travail d'une culture à l'autre dans le domaine de la recherche transculturelle. Il y a suffisamment de résultats contradictoires, qui sont fondés soit dit en passant sur des études planifiées et effectuées avec soin, pour conclure que l'expérience de la migration, en tant que telle, n'a pas une incidence déterminante sur l'état de santé mentale de ceux qui la vivent. Comme le souligne Murphy (1977), la vraie question à se poser est celle-ci : dans quelles conditions les cas de troubles mentaux sont-ils plus fréquents ou moins fréquents chez les migrants que chez les personnes originaires du pays hôte?

B. FACTEURS INFLUANT SUR L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

Dans son analyse critique des théories formulées sur les problèmes de santé mentale chez les migrants, Salvendy (1983) affirme que la majorité d'entre elles ne tiennent pas compte de la multiplicité des facteurs qui sont à l'origine des maladies mentales, particulièrement ceux qui y prédisposent le sujet, et qu'elles privilégient les troubles psychotiques au détriment des affections mineures. Lorsqu'on les considère dans leur ensemble, cependant, ces théories mettent en lumière un nombre important de variables qui se rapportent aux contextes prémigratoire et postmigratoire, et qui sont associées aussi bien à des désordres psychotiques qu'à des troubles émotifs (voir, par exemple, Goldlust et Richmond, 1974).

Les variables étudiées dans le contexte prémigratoire comprennent plusieurs facteurs socio-démographiques et un certain nombre de conditions propres à l'émigration. Chacune d'entre elles a une incidence sur les divers facteurs postmigratoires, dont celui de la durée du séjour dans le pays d'adoption. La tâche consiste à trouver les combinaisons de ces variables qui vont permettre de définir quelles sont les sous-populations de migrants qui courent plus de risques de souffrir de troubles mentaux.

1. Variables socio-démographiques

Parmi les variables socio-démographiques susceptibles d'avoir une incidence sur la santé mentale des migrants, l'âge et le sexe se prêteront bien aux études comparatives; ce sont aussi celles qui sont le plus souvent mesurées. D'autres facteurs socio-démographiques tels que le milieu géographique d'origine, rural ou urbain, le niveau d'instruction et la catégorie professionnelle sont autant d'informations relativement faciles à obtenir; ils ont été mesurés dans le cadre de certaines études. Les facteurs génétiques auraient également une incidence sur la santé mentale de migrants, mais ces données sont difficiles à recueillir, principalement pour des raisons techniques, et sont rarement évaluées avec précision (Cochrane, 1979; Hull, 1979; Murphy, 1977).

a) Âge au moment de la migration. Les migrants appartenant à certains groupes d'âge semblent particulièrement prédisposés aux diverses formes de stress d'adaptation. Les adolescents et les jeunes adultes doivent faire face non seulement aux problèmes de croissance et de formation de l'identité qui précèdent la maturité, mais aussi à de nouvelles exigences, voire à une crise d'identité culturelle, liées à leur nouvelle situation (Léger et al., 1983; Miller, Chambers et Coleman, 1981; Naditch et Morrissey, 1976). C'est ainsi que certains chercheurs ont établi un lien de cause à effet entre le phénomène de la migration au stade de l'adolescence et certains problèmes de comportement subséquents - abus d'alcool (Morgan, Wingard et Felice, 1984),

abus de drogue (Amaral Dias et al., 1981), délinquance (Burke, 1982), et dépression (Skhiri, Annabi et Allani, 1982).

Selon les résultats de quelques études, les jeunes migrants de six à onze ans sont également vulnérables mais dans leur cas, les effets du stress d'adaptation ne se font sentir que plusieurs années après la migration (Inbar, 1977; Schrader, 1980). Les problèmes auxquels ils sont alors confrontés seraient étroitement liés à l'attitude de leurs parents à l'égard des valeurs en usage dans le pays hôte (B.K. Kim, 1977; Kurian, 1986).

Les personnes âgées constituent la seconde sous-population de migrants qui semblent particulièrement exposés aux méfaits du stress d'adaptation (Ikels, 1983; Jurzeja et al., 1986; Naidoo, 1985). Comme le soulignent Smither et Rodriguez-Giegling (1979), ceci proviendrait tout simplement du fait que le processus d'adaptation devient difficile après un certain âge. Comme ils sont plus lents à s'adapter, les migrants âgés ne jouissent souvent plus de l'influence qu'ils avaient auprès de leurs proches dans leur pays d'origine; et leurs conseils, quand ils en donnent, sont généralement ignorés (Lum et al., 1980; Spitzer, 1984). Les problèmes psychologiques qui en découlent - perte de l'estime de soi, sentiment d'isolement, dépression - risquent de s'aggraver au fil du temps, à mesure que les migrants plus jeunes s'éloignent des valeurs traditionnelles (Miller, Chambers et Coleman, 1981).

Des études menées récemment auprès de sous-populations de migrants âgés - Canadiens d'origine chinoise de Toronto (K.B. Chan, 1983) et Canadiens d'origine japonaise de Vancouver (Shibata, 1980) - semblent indiquer que les personnes qui ont émigré alors qu'ils étaient encore jeunes peuvent choisir de se séparer de leurs proches, au stade de la vieillesse, afin d'éviter les conflits familiaux et de sauvegarder leur identité (voir également Gerber, 1983).

b) Sexe du migrant. Bon nombre d'études, qualitatives pour la plupart (voir aussi Walter, 1981), portent sur les migrantes. Elles soulignent le stress supplémentaire vécu par cette catégorie de population en raison du contraste, sur le plan du rôle de la femme, entre pays d'émigration non occidentaux et pays d'adoption occidentaux (Castro, 1982; Costello, 1980; Naidoo, 1984). Les changements qui se produisent par rapport aux rôles traditionnels familiaux, en particulier, seraient à l'origine des troubles émotifs notés chez les migrantes (Mirdal, 1985; Morokvasic, 1984; Rahim et Mukherjee, 1984). D'où le grand nombre de programmes et de services mis sur pied pour répondre aux besoins particuliers des migrantes (Crandall, Day et Reny, 1982; Marshall, 1979; Palmer, 1981).

Certaines analyses quantitatives semblent également indiquer que les femmes migrantes risquent davantage de souffrir de troubles

émotifs que leurs homologues masculins (Carpenter et Brockington, 1980; Halldin, 1985). Ainsi, une enquête effectuée à Montréal auprès des immigrants portugais a démontré que le pourcentage de troubles mentaux était plus élevé chez les femmes que chez les hommes (Roskies, 1978). De même, selon les résultats d'une récente analyse des statistiques canadiennes relatives au suicide, les taux de mortalité attribuable au suicide étaient plus élevés, par rapport à ceux enregistrés dans le pays d'origine, chez les migrants de sexe féminin que chez les migrants de sexe masculin (Kliewer et Kazanjian, 1986). Par contre, d'autres chercheurs aboutissent à des conclusions tout à fait différentes. C'est ainsi qu'une étude menée auprès des immigrants nord-africains d'origine juive de Montréal indiquait que le sexe n'avait pas d'incidence significative sur l'état de santé mentale (Lasry et Sigal, 1980). Par ailleurs, une seconde analyse des statistiques canadiennes relatives au suicide a révélé que le taux de mortalité attribuable au suicide était plus élevé chez les immigrants de sexe masculin de 15 à 34 ans que chez les immigrantes du même groupe d'âge (Trovato, 1986).

Ces résultats apparemment contradictoires donnent à penser que les différences existant entre les populations féminines et masculines de migrants sur le plan de l'état de santé mentale ne sont pas attribuables au sexe en soi. En fait, cette variable du sexe est intimement liée à bien d'autres facteurs reconnus comme ayant une incidence sur l'état de santé mentale, facteurs qui sont ressentis différemment par les hommes et par les femmes. Revenons, par exemple, à la question de l'âge : en situation d'immigration, les adolescentes sont plus susceptibles d'être soumises à des restrictions liées aux valeurs traditionnelles que leurs homologues de sexe masculin (B.K. Kim, 1977; Ruiz et Padillo, 1977). De même, chez les migrants âgés, hommes et femmes sont également susceptibles de perdre leur influence et leur estime de soi; mais les femmes sont davantage pénalisées car elles courent plus de risques de perdre leur conjoint, et non plus seulement leur patrie, et de rester cloîtrées à la maison (Penning, 1983; Rahim et Mukherjee, 1984). Par contre, les migrants de sexe masculin semblent plus sensibles à certaines variables postmigratoires, particulièrement celles qui se rapportent à la situation professionnelle (voir p. 14).

c) Antécédents socio-culturels. Quelques chercheurs invoquent le bon sens pour affirmer que le risque de troubles mentaux est fonction du contraste social et culturel entre le pays d'origine et le pays d'adoption (Danna, 1980). Mais les avis restent partagés. Ainsi, Smither et Rodriguez-Giegling (1979), n'ont trouvé aucune corrélation entre indices de "modernité" et symptômes d'anxiété chez les réfugiés vietnamiens et laotiens étudiés. Par ailleurs, une enquête effectuée en Nouvelle-Zélande a permis d'établir une corrélation entre le stress d'adaptation et les problèmes de santé chez les immigrants originaires de Samoa; mais elle a également été observée à propos de

l'échantillon correspondant de la population du pays hôte (Graves et Graves, 1985). Dans le cadre d'une autre étude menée en Australie sur les populations de migrants, on a constaté que les taux de mortalité attribuable au suicide étaient nettement plus élevés chez les hommes originaires de Nouvelle-Zélande et d'Écosse que chez les hommes originaires d'Italie, de Grèce ou d'Inde (Burvill, Armstrong et Carlson, 1983). Comme le souligne Hull (1979), l'expérience de la migration varie tellement d'une population et d'une personne à l'autre que le changement d'habitat pourrait bien être la caractéristique la moins importante de cette expérience (voir aussi Burvill, 1982).

L'un des facteurs relatifs aux antécédents culturels qui semble bel et bien avoir une incidence sur la santé mentale du migrant est le facteur linguistique : la connaissance de la langue en usage dans le pays hôte facilite le processus d'adaptation (Maingot, 1985; S.D. Nguyen, 1982). Inversement, il existe une corrélation entre l'incapacité de parler la langue du pays hôte et la schizophrénie chez les hommes (Bland et Orn, 1981), la dépression chez les femmes (Williams et Carmichael, 1985), et la déviance chez les enfants (Marcos, 1982; Stevenson, Richman et Graham, 1985). Une étude menée en Californie et fondée sur un questionnaire d'auto-évaluation de l'état de santé, a révélé que non seulement 6,6 % des Américains d'origine mexicaine anglophones et 5,5 % des autres Blancs, mais aussi 15,4 % des Américains d'origine mexicaine hispanophones avaient des problèmes de santé (Vega, Kolody et Warheit, 1985).

Fait intéressant à noter, le niveau d'instruction du migrant n'a pas nécessairement une incidence positive sur le processus d'adaptation et, dans certains cas, c'est plutôt le contraire qui se produit (L.T. Nguyen et Henkin, 1982; Westermeyer, Neider et Vang, 1984). Selon les conclusions de deux autres études, l'une portant sur les immigrants d'origine polonaise d'Edmonton (Fantino et Kennedy, 1983) et l'autre sur des réfugiés vietnamiens installés aux États-Unis (Starr et Roberts, 1982), bien que la connaissance de l'anglais contribue effectivement à l'épanouissement personnel, les difficultés d'adaptation tendent à augmenter avec le niveau d'instruction.

2. Conditions du départ

En règle générale, les conditions du départ varient en premier lieu en fonction du fait que le migrant est un immigrant ou un réfugié. Les sources de stress prémigratoire, la composition de l'unité de migration et les attentes concernant l'avenir sont des facteurs qui pèsent plus lourd sur le devenir des réfugiés que sur celui des immigrants. Le fait de connaître les circonstances entourant le départ du migrant permet de faire des prévisions sur son aptitude à s'adapter (Kunz, 1981; Tyhurst, 1982).

a) Stress prémigratoire. Dans le cas des immigrants, le degré de stress associé au départ du pays d'origine est fonction, en partie, de l'attitude des pairs ou des autorités gouvernementales à l'égard du phénomène de l'émigration et des émigrants (Hull, 1979; Murphy, 1977; Shuval, 1982). De plus, l'attitude du migrant lui-même, qui est rarement dénuée d'ambivalence, a aussi une incidence sur le degré de stress : la décision de partir est souvent dictée par des contraintes d'ordre matériel qui prennent le pas sur les considérations personnelles et familiales, particulièrement celles qui se rapportent au conjoint et aux enfants (Sell, 1983; Shuval, 1982; Sluzky, 1979).

Dans le cas des réfugiés, non seulement la "décision" de partir est prise sous la contrainte, mais elle est aussi irrévocable : plusieurs chercheurs comparent l'expérience de l'exil, et ses effets psychologiques, à celle du décès d'un proche (Disman, 1983; Fantino, 1982; Munoz, 1980). De plus, avant le départ lui-même, bien des réfugiés ont vécu, des années durant, les affres de la guerre (Boman et Edwards, 1984); bon nombre d'entre eux ont mis leur vie en danger pour pouvoir s'échapper, et ont perdu des membres de leur famille et des amis, qui n'ont pas eu la même chance qu'eux (Alley, 1982); ils ont également passé de longues périodes dans des camps bondés et insalubres (S.D. Nguyen, 1982).

De nombreuses enquêtes communautaires et analyses de données cliniques indiquent que ces épreuves ont une incidence sur la santé mentale des réfugiés (Eisenbruch, 1983; Goldfield et Lee, 1982; Krupinski, 1984; Tobin et Friedman, 1983). Certains des facteurs postmigratoires étudiés plus loin contribuent cependant à atténuer les effets du stress prémigratoire et ont parfois une incidence plus grande sur la santé mentale (Kunz, 1981). Ainsi, Westermeyer, Vang et Neider (1983a) ont constaté que les facteurs prémigratoires avaient peu d'incidence sur l'état de santé mentale des réfugiés laotiens un an et demi après leur arrivée, mais que les facteurs liés à l'adaptation socio-professionnelle avaient joué un rôle décisif au tout début de leur séjour. De même, Starr et Roberts (1982) ont constaté qu'il n'y avait pas de lien de corrélation significatif entre le nombre des épreuves vécues par les réfugiés vietnamiens et leur état de santé mentale; par contre, leur bien-être personnel était fonction de leur situation professionnelle dans le pays d'adoption.

Parmi les réfugiés, les victimes de tortures constituent une sous-population particulièrement prédisposée aux troubles mentaux. En effet, ceux qui ont survécu à ces épreuves semblent avoir vécu beaucoup de changements dans leur vie, changements qui les affectent davantage comparativement aux autres catégories de réfugiés (Allodi et Rojas, 1983; Duran, 1980; voir aussi Sehl et Naidoo, 1985). Selon Allodi et Cowgill (1982), les symptômes de troubles psychiques constatés chez certaines victimes de tortures devraient être considérés isolément, en tant que syndrome

distinct des manifestations de stress post-traumatique diagnostiquées chez certains survivants des camps de concentration (voir Kinzie et al., 1984).

Des recherches sur les conséquences psychologiques de la torture s'imposent; des initiatives ont d'ailleurs été prises en ce sens. Au moins deux problèmes connexes restent cependant à étudier. Le premier concerne les femmes et les enfants des victimes de tortures : bien que l'on admette tout naturellement qu'ils souffrent de troubles émotifs graves, rien n'a encore été fait pour évaluer l'ampleur du problème, les causes de ces troubles et les possibilités de traitement (Allodi, 1980). Le second problème concerne les femmes victimes de viol : elles constituent une sous-population importante parmi les réfugiés et risquent probablement autant que les autres victimes de tortures de souffrir de troubles mentaux, mais la situation est extrêmement difficile à évaluer du fait que ces femmes ont peur d'être déshonorées, punies ou frappées d'ostracisme par leurs semblables (Hutchinson, 1985; Van Drunen, 1982).

b) Composition de la famille. La question de la composition de l'unité de migration est abondamment traitée dans les documents de référence. Les migrants célibataires, les personnes mariées ayant dû laisser leur conjoint derrière eux, les parents ayant dû se séparer de leurs enfants, ou vice versa, sont davantage prédisposés aux troubles mentaux (Bathien et Malapert, 1983; Burke, 1980; Miller, Chambers et Coleman, 1981).

Comme dans le cas du stress prémigratoire, cependant, certaines variables post-migratoires auraient une corrélation plus directe avec l'état de santé mentale que ce facteur de la composition de l'unité de migration. Par exemple, dans le cadre d'une étude sur des réfugiés vietnamiens, des chercheurs ont admis comme hypothèse qu'il existait un lien entre l'état de détresse psychologique et la séparation des familles; mais ils ont dû finalement conclure que la situation professionnelle du chef de famille dans le pays hôte constituait la variable véritablement importante en la matière (Yamamoto et al., 1976; voir aussi Minde et Minde, 1976). Lorsque la réunion de la famille est une hypothèse envisageable, le revenu d'emploi peut alors être considéré comme un moyen de réaliser cet objectif, et le facteur emploi a une incidence aussi importante sur la santé mentale que la séparation elle-même.

Plusieurs études font état du rôle positif joué par les parents autres que les membres de la famille nucléaire (Brodsky, 1982; Fantino et Kennedy, 1983; Haines, Rutherford et Thomas, 1981). Lorsqu'elle est présente, la famille au sens large constitue sans doute la principale soupape de sûreté sur laquelle les migrants peuvent compter, le mécanisme qui leur permet de régler les problèmes normaux de l'existence, suivant les méthodes qui leur sont familières (Alcalay, 1984; Cheung et Dobkin de Rios, 1982;

Fandetti et Gelfand, 1978). Les troubles émotifs et les désordres psychiques sont plus fréquents chez les migrants qui ne bénéficient pas de l'assistance de leurs proches, particulièrement chez les femmes (Lynam, 1985; Rahim et Mukherjee, 1984; Williams et Carmichael, 1985). Certes, la question des conflits de générations associés au phénomène de l'adaptation est traitée en profondeur dans les études portant sur les relations familiales des migrants (Lum et al., 1980; Mangalam, 1986; Wakil, Siddique et Wakil, 1981). Mais comme le souligne K.B. Chan (1984a), c'est d'abord en mesurant toute l'importance du réseau familial auquel les migrants sont intimement liés que l'on pourra comprendre leur comportement psychosocial en cours de réinstallation.

c) Attentes concernant l'avenir. À supposer que tous les autres facteurs aient la même valeur, le migrant qui a des attentes réalistes concernant son avenir a davantage de chances de bien s'adapter à cette nouvelle vie que celui dont les attentes sont trop optimistes (David, 1969; Murphy, 1977). Certains immigrants et réfugiés, qui ont déjà vécu à l'étranger, ont au moins perdu quelques illusions sur ce que sera leur vie dans le pays hôte (Beiser, 1984). Dans la plupart des cas, cependant, les migrants ne garderont les pieds sur terre que dans la mesure où ils se seront activement préparés à l'expérience qui les attend, en obtenant des informations précises et justes (Rumbaut, 1977; U.S. Catholic Conference, 1985).

Sans une telle préparation, comme le soulignent Haavio-Mannila et Stenius (1977), le degré de réalisme des attentes du migrant est inversement proportionnel à la distance qui sépare son pays natal de sa patrie d'adoption. Une préparation adéquate, par le biais d'informations "pertinentes, détaillées, réalistes et récentes", peut avoir une incidence positive sur la santé mentale du migrant (Salvendy, 1983).

Même si la période dont disposent les refugiés pour se préparer est plus limitée et plus troublée que dans le cas des immigrants, il appert que, pour les deux catégories de migrants, ce soit le moment privilégié pour recevoir des services de base en matière de santé mentale (Cohon, 1981).

3. Variables post-migratoires

Les variables post-migratoires qui ont une incidence sur la santé mentale du migrant sont étroitement liées les unes aux autres. Ainsi, la qualité de l'accueil dans le pays hôte dépend beaucoup de la situation économique du migrant et de la composition de la collectivité dans laquelle il vient s'insérer. De même, la situation socio-économique du migrant et la composition de la collectivité d'accueil ont une incidence directe sur ses réactions psychologiques à son nouveau milieu. Ces variables post-migratoires sont présentées séparément ci-dessous, à la

lumière des recherches dont elles ont fait l'objet, mais elles n'en constituent pas moins un tout indivisible.

a) Accueil par la société hôte. Tous les aspects de l'accueil au sens large, c'est-à-dire aussi bien les politiques nationales touchant l'immigration que l'attitude de la collectivité hôte - ont une incidence positive ou négative sur le processus d'adaptation des migrants à leur nouvel entourage (Berry, 1984). Cependant, la question des effets de ces variables sur la santé mentale des migrants est rarement étudiée en détail (Cheung et Dobkin de Rios, 1982; Fernando, 1984; Westermeyer, Vang et Neider, 1983b).

Dans le cadre d'une étude effectuée à Montréal, Bhatnagar (1980) a constaté que les enfants immigrants qui parlent aussi bien leur langue natale que le français ou l'anglais à l'école sont mieux intégrés que ceux qui n'utilisent que l'une des deux langues officielles. A propos des jeunes Vietnamiens, Fry (1985) note un lien de corrélation entre le niveau de stress et le mode d'utilisation des services d'agences d'orientation professionnelle. Quelques chercheurs ont évalué l'incidence du mode de parrainage sur l'adaptation socio-économique des réfugiés à leurs nouvelles conditions de vie (Johnson, 1984; Neuwirth et al., 1985). L'un d'entre eux (Beiser, 1984) a constaté, à propos de réfugiés parrainés par une congrégation religieuse, que le risque de dépression est plus élevé chez les adeptes du bouddhisme ou de l'animisme, et moindre chez les adeptes du christianisme et chez ceux qui n'adhèrent à aucune religion. Reste que les effets de bien des politiques et programmes - services d'orientation et de formation, réglementations concernant l'accréditation professionnelle, cours de langue française ou anglaise - n'ont pas encore été analysés sous l'angle de la santé mentale.

Au chapitre de l'attitude des Canadiens à l'égard des migrants, des études font état des effets négatifs du racisme et de la discrimination sur la situation des migrants, notamment en matière d'emploi, de logement et d'éducation (Head, 1979; Naidoo; Ubale, 1977). Mais là encore, rares sont celles qui cherchent à établir un lien de corrélation entre cette variable et l'état de santé mentale des migrants. Une enquête menée auprès des immigrants d'origine polonaise d'Edmonton (Fantino et Kennedy, 1983) a révélé qu'aux dires des personnes consultées, l'attitude des Canadiens avait une incidence significative sur le processus d'adaptation.

Le manque de données concrètes relatives à l'incidence de l'accueil réservé aux migrants sur la santé mentale de ces derniers est en partie attribuable au fait que ce lien de corrélation est évident : il va sans dire que les services d'orientation, tout comme l'attitude bienveillante de la collectivité d'accueil, favorisent l'intégration et le bien-être

des migrants. Néanmoins, il est indispensable d'obtenir des données empiriques sur la question pour être en mesure de planifier au mieux la mise en oeuvre des politiques préconisées et de déterminer comment démontrer au mieux une attitude positive à l'égard des migrants, en se fondant sur l'expérience de ces derniers.

b) Situation socio-économique. L'étude des conditions du départ (pp. 9-12) nous a permis de constater l'incidence majeure de la situation socio-économique sur la santé mentale des migrants. Parmi les variables qui ont une influence prépondérante sur le bien-être psychologique des migrants, la situation sur le plan de l'emploi passe avant le stress prémigratoire ou la séparation de la famille (Minde et Minde, 1976; Starr et Roberts, 1982; Westermeyer, Vang et Neider, 1983a, 1983b; Yamamoto et al., 1976).

Dans les études passées en revue, la notion de situation socio-économique est prise au sens absolu ou au sens relatif. Les chercheurs qui définissent cette variable en termes absolus constatent que le chômage et l'insuffisance de revenu causent autant de stress chez les migrants que chez les natifs (Cheung et Dobkin de Rios, 1982; Neuwirth et al., 1985; Richmond, 1982). Comme les problèmes socio-économiques vont généralement de pair avec les problèmes de santé mentale, la question de la situation financière des migrants est digne d'être étudiée de près (Dohrenwend et al., 1980; Korchin, 1980). Selon les résultats d'une analyse des statistiques canadiennes récentes sur le revenu, bien que les migrants de sexe masculin aient dans l'ensemble un revenu supérieur à celui des Canadiens de naissance, ceux qui viennent d'un pays en développement ont souvent un revenu inférieur à la moyenne (Verma et Basavarajappa, 1986).

Lorsqu'elle est considérée en termes relatifs, c'est-à-dire par rapport à ce qu'elle était dans le pays d'origine, la situation socio-économique a une incidence encore plus grande sur l'état de santé mentale du migrant (Boman et Edwards, 1984; Hopkins-Kavangh et Sananikone, 1981; Vignes et Hall, 1979). Pour les hommes en particulier, la "réussite" professionnelle, c'est-à-dire le fait d'obtenir un emploi comparable à celui qu'ils avaient dans leur pays d'origine, est un facteur clé d'adaptation (Guidote et Baba, 1980; S.D. Nguyen, 1982). Un échec sur ce plan peut déclencher chez eux des troubles psychiques, voire même les pousser au suicide (K.B. Chan et Lam, 1983); Trovato, 1986); il risque également de perturber leurs femmes (Hirayama, 1982) et de provoquer des troubles de comportement chez leurs enfants (Minde et Minde, 1976).

c) Composition de la collectivité d'accueil. Un nombre significatif d'études indiquent que le migrant qui se réinstalle parmi ses semblables risque moins de souffrir de troubles mentaux

(K.B. Chan, 1984b; Giordano et Giordano, 1977; Smither et Rodriguez-Giegling, 1979). Le fait de s'intégrer dans une "enclave ethnique" lui permet non seulement de maintenir les coutumes et les croyances importantes auxquelles il est habitué, mais aussi de mieux réagir aux effets du stress prémigratoire et aux sources de stress post-migratoire (Beiser, non publié; Yedid, 1982; Way, 1985). Fait intéressant à noter, la présence des pairs est aussi bénéfique sur le plan de la santé mentale pour les enfants que pour leurs aînés (Huych et Fields, 1981; Olowu, 1983; Ready, non daté).

L'isolation culturelle serait à l'origine non seulement de troubles psychologiques mais aussi de désordres psychiques. Une analyse des statistiques canadiennes relatives aux patients hospitalisés pour la première fois pour des troubles schizophréniques a révélé que, considérée dans son ensemble, la proportion de migrants parmi ces patients n'était pas anormalement élevée; par contre, les minorités culturelles et les minorités linguistiques étaient très présentes (Bland et Orn, 1981). Selon les résultats d'une autre étude sur les divers groupes de migrants établis au Canada (Murphy, 1973), le nombre d'hospitalisations pour troubles mentaux serait inversement proportionnel à la taille du groupe.

Quelques chercheurs pensent que ce n'est pas "l'enclave ethnique" en soi mais plutôt le sentiment de solidarité et d'appartenance qu'elle suscite habituellement qui est bénéfique pour la santé mentale des migrants. Ils soulignent que dans les communautés ethniques où ce sentiment est absent - parce qu'elles manquent de cohésion sociale ou ne sont pas assez nombreuses pour fournir un appui digne de ce nom - les cas de troubles mentaux sont souvent plus élevés que dans les communautés où règne un climat d'harmonie sociale et de solidarité (Hitch et Rack, 1980; Myers et Neal, 1978).

L'une des toutes premières études mettant en rapport les taux de maladie mentale et la composition de la collectivité d'accueil (Murphy, 1955) indiquait que le fait de se joindre soit à un groupe important de la même ethnie, soit à une population accueillante originaire du pays hôte était bénéfique pour la santé mentale du migrant (voir aussi Starr et Roberts, 1982).

d) Durée du séjour. Les chercheurs s'accordent généralement pour dire que les migrants passent par plusieurs phases ou étapes au cours de leur réinstallation dans le pays d'adoption, et que certaines de ces phases sont plus critiques que d'autres sur le plan des retombées psychologiques (Grinberg et Grinberg, 1984; Sluzki, 1979; Tyhurst, 1982). Ils sont aussi généralement d'accord sur le fait que les migrants récents sont plus vulnérables que les immigrés (Alley, 1982; Guidote et Baba, 1980; Lasry et Sigal, 1980). Toutefois, les nouveau-arrivés tout comme

les immigrés passent respectivement par une phase associée à des risques plus élevés de troubles mentaux.

Dans le cas des migrants récents, cette phase critique se présente parfois de trois à dix-huit mois suivant l'arrivée (Boman et Edwards, 1984; S.D. Nguyen, 1982; Sokoloff, Carlin et Pham, 1984). Les migrants les plus perturbés psychologiquement sont souvent ceux qui sont isolés socialement. Ainsi, une étude portant sur les réfugiés indochinois de Vancouver a révélé que les cas de dépression étaient plus nombreux à la fin de la première année de séjour, particulièrement chez les personnes séparées de leur conjoint, ou de leurs pairs (Beiser, étude non publiée; voir aussi Rumbaut, 1985). De même, une enquête menée auprès des réfugiés de Hmong a établi un lien de corrélation entre les taux élevés de maladie mentale enregistrés chez les personnes installées depuis moins de deux ans et les lacunes existantes sur le plan de l'accueil - rareté des visites des répondants et manque d'interprètes biculturels, notamment (Westermeyer, Vang et Neider, 1983a).

La seconde phase critique sur le plan de la santé mentale se présente au bout de plusieurs années de séjour, au moment où surgissent des conflits familiaux (Barwick, 1986; Sluzki, 1979). Ces conflits sont attribuables au processus d'acculturation, qui est vécu différemment par les membres d'une même famille : ils surviennent, par exemple, lorsque la femme n'assimile pas les valeurs du pays hôte au même rythme que son conjoint, parce qu'elle est confinée à la maison; ou lorsque, au contraire, elle y adhère trop vite au goût de son mari, et aspire à plus d'autonomie (Roskies, 1978; Vignes et Hall, 1979). Quant aux conflits de générations, ils se produisent lorsque les enfants adoptent la mentalité occidentale tandis que les parents restent fidèles aux valeurs traditionnelles (Kurian, 1986; Skhiri, Annabi et Allani, 1982; Wakil, Siddique et Wakil, 1981). Ces constatations remettent en cause les avantages à long terme de la réinstallation au sein d'une "enclave ethnique" : dans la mesure où celle-ci contribue à freiner le processus d'acculturation chez certains de ses membres, elle peut être responsable des dissensions familiales qui finissent par se faire jour.

Quelques études indiquent que les migrants souffrant de troubles psychologiques après plusieurs années de séjour sont souvent ceux qui n'ont pas réussi à apprendre la langue du pays hôte ou à améliorer leur situation socio-économique (K.M. Lin, Masuda et Tazuma, 1984; Westermeyer, Neider et Vang, 1984). Cependant, comme le soulignent Westermeyer, Neider et Vang, on ne peut en l'occurrence distinguer la cause de l'effet : les troubles émotifs peuvent faire obstacle à l'assimilation d'une nouvelle langue ou à l'obtention d'un emploi satisfaisant; inversement, les problèmes d'emploi et l'incapacité de parler la langue utilisée par la majorité peuvent déclencher des troubles mentaux. Ce qui amène ces auteurs à conclure que ces deux

catégories de facteurs s'alimentent et s'exacerbent mutuellement, d'où la formation d'un cercle vicieux.

C. MIGRANTS À RISQUE

L'examen des documents de référence a permis de dégager deux difficultés majeures qui font obstacle à l'évaluation de l'état de santé mentale des immigrants et des réfugiés. D'une part, les méthodes de travail utilisées dans le cadre des analyses de données cliniques et des études communautaires présentent des lacunes sur le plan de leur équivalence d'une culture à l'autre. Les résultats de ces recherches sont probablement valables, mais il reste encore beaucoup à faire en vue de vérifier et de démontrer la fiabilité, d'une culture à l'autre, des méthodes de travail employées. D'autre part, les analyses de données cliniques et les études communautaires ne portent souvent que sur une seule catégorie de facteurs. Il est rare que les diverses variables socio-démographiques, prémigratoires et post-migratoires soient mesurées dans le cadre d'une même étude ou qu'elles fassent l'objet d'une grille d'analyse standard qui permette de les comparer d'une étude à l'autre.

L'examen du contenu théorique de nombreuses recherches, dont la grille d'analyse est considérée comme étant fiable sur le plan de l'équivalence transculturelle, permet de constater que les risques de troubles mentaux sont plus élevés dans certaines sous-populations. Une adolescente ou une personne âgée qui a le statut de réfugié, qui ne parle pas la langue du pays hôte et dont les attentes concernant son avenir dans ce pays sont irréalistes a plus de risques d'être perturbée psychologiquement qu'un homme qui a le statut d'immigrant, qui parle la langue du pays hôte et dont les attentes sont fondées. De même, le migrant qui est placé en situation d'infériorité sur le plan socio-économique, séparé de sa famille, isolé au sein d'une collectivité qui ne partage pas ses valeurs culturelles et au sein d'une société mal préparée, politiquement et socialement, à le recevoir, est plus vulnérable sur le plan psychologique que le migrant qui jouit d'une situation professionnelle comparable à celle qu'il avait avant, et du soutien de sa famille, de son entourage et de la société qui l'accueille.

Certains facteurs ont une incidence plus importante que d'autres sur la santé mentale du migrant. Ainsi, la situation socio-économique relative joue un rôle majeur dans ce domaine, et cette constatation vaut autant pour les immigrants et les réfugiés récents que pour les émigrés. Toutefois, la situation économique du migrant dépend dans une large mesure des politiques mises en oeuvre par le pays hôte - programmes d'apprentissage linguistique et de formation professionnelle, réglementations concernant les accréditations et les attestations - et, peut-être encore davantage, de l'attitude de la population envers les migrants.

Il y a plus de trente ans, Murphy (1955, p. 193) est parvenu à la même conclusion, qu'il a exprimée en ces termes: "Les données que nous avons maintenant en mains indiquent qu'il suffirait d'apporter quelques modifications relativement simples aux conditions actuelles pour faire baisser de moitié les taux excédentaires de maladie mentale."

III. SERVICES DE SANTÉ MENTALE DESTINÉS AUX IMMIGRANTS ET AUX RÉFUGIÉS

Les services de santé mentale communément utilisés sont dispensés par les hôpitaux, les psychiatres et les psychologues du secteur privé, et les centres communautaires de santé mentale. C'est ceux dont il est question dans bon nombre des études portant sur les besoins des migrants en matière de santé mentale. Toutefois, les chercheurs s'intéressent de plus en plus à d'autres formes d'assistance moins reconnues, comme le système de soins primaires - la proportion des gens qui y ont recours pour des problèmes de santé mentale atteindrait jusqu'à 26 % (Hoeper et al, 1979) - ou les méthodes de guérison traditionnelles.

La question de la prévention reçoit également une attention croissante dans les études sur la santé en général, et celles qui portent sur la santé mentale des migrants ne font pas exception à la règle. Les données de plus en plus nombreuses dont on dispose confirment la nécessité de mettre en oeuvre des programmes visant à prévenir la maladie ou à promouvoir le bien-être.

A. PROGRAMMES ET SERVICES PRÉVENTIFS

Parmi les trois formes de prévention existantes, la prévention primaire - qui vise à éliminer les facteurs favorisant la maladie et donc à empêcher la maladie de se manifester - est celle qui reçoit le plus d'attention dans la documentation de référence. La question de la prévention secondaire, qui vise à ce que la maladie soit diagnostiquée et traitée le plus rapidement possible, est traitée ici en rapport avec le mode d'utilisation des services de santé mentale communément utilisés (pp. 23-25). Rares sont les comptes rendus de recherches qui font ne serait-ce qu'une allusion à la question de la prévention tertiaire, qui désigne les mesures visant à atténuer les retombées négatives de la maladie.

Les mesures de prévention primaire préconisées à l'endroit des populations de migrants ont pour but de remédier aux problèmes attribuables au manque d'information, à l'isolation sociale et culturelle et à une situation d'infériorité sur le plan socio-économique (Allodi, 1984). Ainsi, bon nombre des études citées dans le chapitre précédent soulignent la nécessité de prendre des initiatives concrètes en ce sens : création de programmes d'information sur la migration, dans le pays d'origine comme dans le pays hôte; élaboration de politiques d'immigration favorisant la réunion des familles et la réinstallation dans les "enclaves ethniques"; mise sur pied de programmes d'apprentissage linguistique et de formation professionnelle (voir aussi Plaut, 1985; Reubens, 1980; Strand et Jones, 1985). Les données empiriques dont on dispose indiquent que de telles mesures préventives contribuent à réduire les cas de troubles psychiques

chez les migrants, et qu'elles s'avèrent efficaces à court comme long terme sur le plan du rapport coût-avantages.

De l'avis de plusieurs chercheurs, l'efficacité, sur le plan de la santé mentale des migrants, des politiques et des programmes mis en oeuvre par le pays hôte dépend dans une large mesure de leur accessibilité. Les responsables des services offerts doivent avoir reçu une formation appropriée et être au fait des particularités culturelles propres aux diverses catégories d'usagers (Cohon, 1981; Downie, 1985). Le programme lui-même doit avoir été conçu en fonction de ces différences culturelles (Brown, 1982; Elgie et Montgomery, 1985). Les auteurs d'une étude portant sur les politiques canadiennes qui touchent les réfugiés recommandent que les principaux intervenants - anthropologues, travailleurs des services sociaux et de santé mentale, médecins - soient davantage consultés sur ces questions de politique (Pask et Jayne, 1984).

Deux tendances ou perspectives idéologiques opposées se dégagent de l'examen des écrits portant sur les mesures de prévention de la maladie mentale : la perspective "politique" et la perspective "culturelle" (Jones et Korchin, 1982). La majorité des auteurs d'études publiées récemment recommandent que les valeurs culturelles et les besoins propres à chaque population de migrants reçoivent plus d'attention (Lago, 1981; Marett, 1981). Ils préconisent également l'expansion ou la révision des politiques et des programmes existants, mesures qui contribueraient à favoriser la santé mentale des migrants.

Quelques chercheurs affirment que les populations de migrants auraient beaucoup moins de problèmes de santé mentale si les circonstances politiques, économiques et sociales entourant leur réinstallation étaient différentes (Anderson et Lynam, 1986; Bodnar et Reimar, 1979; Trouvé et al., 1983). C'est pourquoi ils préconisent certains changements dans les établissements du pays hôte, changements destinés à améliorer non seulement la prévention mais le traitement des troubles mentaux (voir Jones et Korchin, 1982).

Cette divergence apparente est peut-être davantage une question de forme qu'une question de fond. Car les deux écoles de pensée reconnaissent la valeur des mécanismes préventifs spontanés - la famille, les pairs, la communauté religieuse - et préconisent la mise en oeuvre de politiques sociales et économiques favorables aux migrants dans le pays hôte.

B. RECOURS AUX MÉDECINES TRADITIONNELLES DANS LE PAYS HÔTE

Bien que la question du rôle des médecines traditionnelles dans les pays à forte émigration reçoive de plus en plus d'attention, rares sont les études qui portent sur l'utilisation qu'en font le

migrants dans leur pays d'adoption (K.M. Lin et al., 1982; Rack, 1982). Quelques enquêtes menées au Canada auprès des immigrants et des réfugiés indiquent que ces derniers ont parfois recours à des guérisseurs, à des rites ou à des remèdes traditionnels, tout en utilisant les ressources médicales occidentales (Beiser, 1984; Chandrasena, 1984; Sabatier et Durivage, 1986). Une autre étude portant sur l'utilisation des thérapeutiques traditionnelles par les réfugiés du sud-est asiatique établis en Saskatchewan est actuellement en cours (Ervin, 1986).

Ce manque d'informations est peut-être à l'origine des divergences d'opinion qui subsistent sur la valeur que les migrants accordent aux méthodes de guérison traditionnelles en matière de santé mentale. Par exemple, une étude portant sur les migrants de culture hispanique établis aux États-Unis a révélé que 24 % des parents dont les enfants souffraient de troubles psychiques avaient consulté un(e) voyant(e) à ce sujet au cours de l'année précédente (Bird et Canino, 1981). Selon une autre étude portant sur le même groupe culturel, les chercheurs occidentaux attacheraient plus d'importance aux formes traditionnelles d'intervention médicale que les migrants eux-mêmes (Gaviria et Stern, 1980).

De nombreux écrits témoignent de la valeur accordée aux méthodes de guérison traditionnelles par la majorité des spécialistes de la santé mentale des pays hôtes. Ces derniers font appel aux guérisseurs provenant des communautés ethniques pour mettre à profit leurs conseils et leurs connaissances et établir avec eux des liens de collaboration mutuelle (Bowlan et Bruno, 1985; Delgado, 1979). Par ailleurs, des méthodes de traitement traditionnelles ont été utilisées avec succès dans le cadre de plusieurs programmes de consultations externes et de services aux hospitalisés (Devisch et Gailly, 1985; Fox, 1984; Lu et al., 1984; Sandoval, 1979).

De même, la réussite de campagnes de sensibilisation et de prévention mises en oeuvre à l'intention de groupes ethniques est en grande partie attribuable à l'intervention de médiateurs, ou "courtiers en valeurs culturelles" issus des populations visées (Allodi et Fantini, 1985; Barwick, 1986; Lefley et Bestman, 1982).

Logiquement, les différences fondamentales opposant les thérapeutiques occidentales et les thérapeutiques traditionnelles en matière de santé mentale devraient le rendre incompatibles (Lefley, 1984). Certes, l'approche dite "scientifique" veut que bien des croyances et des méthodes dites "non scientifiques" soient considérées avec prudence, sinon carrément rejetées (Rack, 1982). Reste que de sérieux efforts ont été accomplis en vue de comprendre les méthodes de guérison traditionnelles à la lumière des dernières découvertes biomédicales (voir, par exemple, Prince, 1984). Et au bout du compte, comme le souligne Lefley

(1984), les effets bénéfiques indiscutables que ces méthodes ont sur les patients qui y croient sont autant de preuves de leur validité.

C. UTILISATION DES SERVICES COURANTS DE SANTÉ MENTALE

Les écrits les plus récents portant sur l'utilisation chez les migrants des services courants de santé mentale soulèvent trois questions : comment s'assurer que les migrants qui ont besoin de ces services y aient accès; comment évaluer l'état de santé des clients ou patients issus de milieux culturels différents; et comment adapter les thérapies en fonction de ces différences culturelles.

Plusieurs chercheurs constatent que les programmes communautaires de santé mentale, qui privilégient les liens de coexistence entre migrants et population du pays hôte, sont à même de répondre à ces questions, du fait de leurs structures et de leur vocation (Allodi et Fantini, 1985; Jones et Korchin, 1982; Lefley, 1984). Cependant, les spécialistes du secteur privé et les établissements hospitaliers ont, eux aussi, trouvé des solutions aux problèmes que posent une clientèle multiculturelle.

Il a déjà été démontré que les services de santé mentale doivent, pour des raisons d'éthique, tenir compte des différences culturelles existantes entre les populations d'usagers (Draguns, 1981; Sartorius, Pedersen et Marsella, 1984). Il s'agit maintenant de définir et de mettre en oeuvre les moyens qui permettront d'atteindre ce but.

1. Modes d'utilisation des services

Un thème dominant revient dans les écrits portant sur les migrants et les services de santé mentale : celui de la sous-utilisation de ces services. Bien que certaines études indiquent que les cas d'hospitalisation sont plus fréquents chez les migrants que chez les personnes originaires du pays hôte (voir pp. 4-5), les cabinets de consultation privés et les centres communautaires recrutent davantage leur clientèle chez les personnes originaires du pays hôte que chez les migrants (Allodi et Fantini, 1985; Cheung et Dobkin de Rios, 1982). Il est possible que certaines populations de migrants "sous-utilisent" les services de santé mentale tout simplement parce qu'ils n'en ont pas besoin. Mais il existe d'autres explications qui sont fondées sur des données précises se rapportant aux migrants et à leurs cultures respectives.

En premier lieu, les chercheurs s'accordent généralement pour dire que l'utilisation par les migrants des services de santé mentale dépend dans une large mesure de l'idée qu'ils se font de la maladie mentale. Des personnes issues d'un milieu central

traditionnel peuvent juger normaux des troubles "mineurs" tels que les phobies, les symptômes de dépression ou le stress causé par un deuil ou un divorce, troubles qui justifient pour bien des Canadiens le recours à un spécialiste (S.D. Nguyen, 1984; voir également Cohon, 1977; Great Britain, Community Relations Commission, 1976). Par ailleurs, les troubles psychiques graves dus à un état schizophrénique ou à une lésion cérébrale, par exemple, sont souvent considérés comme autant de punitions divines infligées pour des fautes commises, et attirent donc sur les victimes et leur entourage la honte et le déshonneur (Kinzie, 1985; Lefley, 1984). Les personnes qui souffrent de tels troubles tentent de dissimuler leur état, et leur famille peut les garder en quarantaine pendant une longue période (T.Y. Lin et al., 1978; voir aussi Lobo, 1978; Tung, 1980).

De l'avis de plusieurs chercheurs, les troubles organiques ou somatiques qui ne sont pas marqués du stigmate de la honte seraient considérés comme des symptômes, acceptables culturellement, de problèmes émotifs (Mirdal, 1985; S.D. Nguyen, 1983). Dans le cadre d'une enquête communautaire menée auprès des immigrants nord-africains établis à Montréal, Lasry et Sigal (1980) ont constaté que les symptômes de problèmes physiques signalés par les sujets constituaient les meilleurs indices des troubles détectés par l'entremise du questionnaire sur la santé mentale. Une étude comparable effectuée sur les réfugiés du sud-est asiatique établis à Vancouver a révélé que les sujets qui avaient récemment consulté un médecin pour un problème mineur souffraient de troubles émotifs au moins aussi graves que ceux qui s'étaient fait examiner pour un problème sérieux (Beiser, 1984). L'importance du phénomène de la somatisation est corroborée par E.H. Lin, Carter et Kleinman (1985) : dans le cadre d'une étude sur l'utilisation des soins de premier recours chez les migrants asiatiques, ils ont constaté que 35 % des sujets avaient consulté un médecin pour un problème physique lié à des troubles psychiques (voir aussi Vega et al., 1986).

Bien que les chercheurs attribuent la sous-utilisation des services de santé mentale principalement aux phénomènes de la mise en quarantaine et de la somatisation, il semblerait que la présence d'organismes de bénévoles et de groupes d'auto-assistance y soit également pour quelque chose (Cohen et Grossnickle, 1983; Lynam, 1985). Une enquête auprès de 1 100 organismes susceptibles d'être utilisés par les réfugiés a révélé que seulement quatre pour cent des clients des centres communautaires de santé mentale souffraient effectivement de troubles mentaux (Miller, Chambers et Coleman, 1981). Il est toutefois difficile de déterminer où s'arrête l'action préventive de ces groupes parallèles et où commence leur action thérapeutique. Ainsi, Palinkas (1982) démontre comment le chef d'une congrégation religieuse chinoise se sert des formes traditionnelles de la rhétorique pour atténuer le stress associé à la migration, mais souligne aussi que cette approche est

comparable à celle qu'utilisent les psychothérapeutes occidentaux.

Il faudrait entreprendre d'autres recherches pour déterminer les raisons pour lesquelles les migrants qui ont effectivement recours à une forme d'assistance pour des problèmes de santé mentale n'utilisent pas plus souvent les services communément offerts. Les études existantes sur la question invoquent, mais rarement avec preuves à l'appui, diverses raisons possibles : la peur de l'expulsion, la peur des problèmes de communication attribuables aux différences culturelles et linguistiques, ou tout simplement le manque d'information (Aguirre et Bigelow, 1983; B.L. Kim, 1978; Selyan, 1978).

Les facteurs culturels semblent avoir une incidence majeure sur la façon dont les migrants ont recours aux services communément offerts dans le domaine de la santé mentale. S. Sue (1977), par exemple, a constaté qu'environ la moitié des clients d'origine asiatique ou hispano-américaine qui sont passés dans les centres de santé mentale de la région de Seattle, sur une période de trois ans, ont omis de se présenter à nouveau après la première visite (voir aussi Andrulis, 1977; Koranyi, Kerenyi et Sarwer-Foner, 1963). Selon une autre étude portant sur les Américains d'origine mexicaine (Miranda, 1976), les chances de réussite de la thérapie sont proportionnelles au niveau d'acculturation des sujets. De même, Allodie et Fantini (1985) ont démontré, chiffres à l'appui, que les Canadiens d'origine italienne établis à Toronto utilisaient plus fréquemment les services de santé mentale qui avaient été modifiés de manière à mieux respecter leur identité culturelle (voir aussi Barwick, 1986; Kinzie, 1985).

2. Problèmes liés à l'évaluation individuelle

L'évaluation de l'état du patient-migrant pose des problèmes comparables à ceux que l'on a évoqués à propos de l'évaluation de l'état de santé mentale des populations de migrants en général (voir pp. 3-5). Le problème le plus évident est celui de la langue, moyen de communication par excellence entre patient et clinicien, le premier pour expliquer ses symptômes, le second pour les interpréter (Rack, 1980). Compte tenu de la complexité des notions liées à l'état mental, l'incapacité pour le migrant de faire comprendre ce qu'il éprouve peut conduire à une erreur de diagnostic, voire même le pousser au suicide, comme le suggère au moins une étude sur la question (Myers et Neal, 1978). Le risque d'un malentendu subsiste même lorsque le patient arrive à bien traduire son état, du fait des connotations différentes que peuvent prendre certains vocables d'une langue à l'autre (Leff, 1977; Marsella et White, 1984), ou du fait de l'existence de concepts intraduisibles (Migliore, 1983; Pedersen et al., 1981; Westermeyer, 1985).

D'autres différences culturelles peuvent fausser l'interprétation des symptômes et conduire à des erreurs de diagnostic (Krener et Sabin, 1985; S. Sue et Morishima, 1982; Williams et Westermeyer, 1983). Par exemple, les migrants appartenant aux groupes ethniques qui ont recours aux soins primaires pour des problèmes physiques attribuables à des troubles psychologiques ont également tendance à somatiser en tant que patients (Abad et Boyce, 1979; Lasry, 1977; S.D. Nguyen, 1984). Par contre, certains patients peuvent faire état de symptômes tout à fait bizarres alors qu'ils souffrent en réalité de troubles relativement mineurs (Wilson, Ries et Bokan, 1980). Comme le souligne Eisenbruch (1984), les différences existant d'une culture à l'autre dans l'expression de concepts liés à des expériences aussi courantes que le décès d'un proche peuvent conduire le clinicien à sous-évaluer ou à surévaluer les effets psychologiques de cette expérience.

Le recours à des interprètes, une solution aux problèmes de diagnostic attribuables aux différences culturelles, est également une source de difficultés (Burch et Powell, 1980; Wilson, Ries et Bokan, 1980). Une étude portant sur des patients ne parlant pas l'anglais a révélé que les interprètes avaient tendance à abuser de leur autorité en traduisant à leur manière les symptômes de leurs compatriotes, et étaient responsables d'erreurs d'interprétation et de diagnostic (Marcos, 1979). Une enquête comparable indiquait que les patients ayant bénéficié des services d'un interprète lors d'entrevues avec un psychologue étaient plus satisfaits que ceux qui n'en avaient pas bénéficié; par contre, les psychologues concernés étaient nettement moins satisfaits du résultat des entrevues qu'ils avaient menées en présence d'un interprète (Kline et al., 1980).

Le succès des entrevues qui se déroulent en présence d'un interprète semble dépendre non seulement des compétences de ce dernier, mais aussi de l'aptitude du médecin à travailler avec lui. Ainsi, Kinzie (1981) a pu mettre au point une seconde solution aux problèmes de diagnostic attribuables aux différences culturelles, avec le concours d'interprètes compétents et attentifs, qui consiste à faire l'inventaire complet des antécédents médicaux du patient, un peu à la manière des entrevues fondées sur des questions ouvertes recommandées par Eyton et Neuwirth (1984) pour évaluer l'état de santé mentale des populations de migrants. Par contre, Burch et Powell (1980) n'ont pas eu besoin des services d'un interprète pour évaluer l'état de santé mentale d'une adolescente vietnamienne et les progrès du traitement : ils ont pu se fier aux seules créations artistiques de la patiente.

La troisième solution possible consisterait à sensibiliser les cliniciens eux-mêmes aux particularités culturelles. Ils seraient alors en mesure d'évaluer le comportement du patient et d'interpréter les données relatives à son état au moyen d'une

grille d'analyse conforme aux particularités de sa culture (Devereaux, 1978; Tousignant, ouvrage sous presse). Dans la même perspective, le manque de connaissances sur les connotations culturelles associées aux symptômes de troubles mentaux peut facilement conduire à des erreurs de diagnostic (Levine et Padilla, 1980; Weidman, 1979).

Le fait de tomber dans l'excès inverse, c'est-à-dire d'attacher trop d'importance aux particularités culturelles, à commencer par les plus stéréotypées, peut également conduire à des erreurs d'évaluation (Marsella et Pedersen, 1981; Wampold, Casas et Atkinson, 1981; Zola, 1973). Comme le souligne D.W. Sue (1981), les différences existant au sein d'une même culture peuvent être aussi importantes, sinon plus, que celles qui distinguent plusieurs cultures; les médecins doivent donc considérer chaque patient à titre individuel, quel que soit son pays d'origine. Reste qu'ils sont mieux à même d'évaluer l'état de santé d'un patient originaire d'un autre pays s'il connaît les particularités propres à sa culture (voir Westermeyer et Zimmerman, 1981).

Selon toute probabilité, les psychologues et les psychiatres qui sont eux-mêmes des migrants ont le double avantage de pouvoir interpréter correctement les symptômes dont font état les patients qui sont leurs compatriotes, et d'être au fait des particularités de leur culture. Par contre, il semble que le fait que médecin et client partagent les mêmes antécédents culturels ne veut pas nécessairement dire pour autant que le traitement lui-même sera un succès (Casas, 1985; Lappin, 1983). Une étude portant sur la prestation de services psychiatriques aux immigrants haïtiens de Montréal indique plutôt que les spécialistes canadiens sensibilisés aux particularités culturelles de cette catégorie de leur clientèle obtiennent de meilleurs résultats de traitement que les spécialistes originaires de Haïti (Sterlin, ouvrage sous presse; voir aussi Lopez, 1977).

Par ailleurs, il semblerait que certains migrants préfèrent se faire traiter par des spécialistes qui ne soient pas des compatriotes (Atkinson, 1983; Draguns, 1981).

3. Attentes concernant la thérapie

Au cours de la dernière décennie, une quantité considérable de recherches ont été entreprises sur les techniques de counselling et de psychothérapie, telles qu'elles s'appliquent aux patients provenant de milieux culturels différents. Elles portent sur trois aspects du traitement : la relation patient-thérapeute, l'établissement des objectifs et du plan de traitement, et le contenu du traitement lui-même. Le fait que thérapeute et patient s'entendent, ou ne s'entendent pas, sur leurs attentes

concernant le traitement, envisagé sous ces trois aspects, a une incidence importante sur le résultat final.

a) La relation thérapeute-patient. Dans les études se rapportant aux migrants, mais dans d'autres aussi, le thérapeute idéal est souvent décrit comme étant celui qui apporte son "soutien" au patient (Boehnlein et al. 1985; Hiegel, 1983; Kinzie, 1981). Par contre, ce soutien peut prendre des formes bien différentes selon les antécédents culturels des migrants. Dans le cas des réfugiés du sud-est asiatique, par exemple, plusieurs chercheurs recommandent que les thérapeutes jouent la carte de l'autorité, celle que l'on confère habituellement aux médecins, aux professeurs ou aux aînés, dans le pays d'origine (Cohon, 1977; Okura, 1981; Santopietro et Lynch, 1980). Les migrants originaires d'Amérique latine, d'Europe de l'Est, d'Inde ou du Pakistan peuvent également s'attendre à cette approche "médicale", mais le traitement a beaucoup plus de chances de leur être bénéfique s'ils peuvent établir une relation détendue, amicale avec le thérapeute (Brodsky, 1982; Canino et Canino, 1982; Wood, 1984).

Que leur relation avec le thérapeute soit respectueuse de la hiérarchie et des formalités, ou amicale et décontractée, les patients provenant de divers milieux culturels semblent mieux réagir à une approche plus directive que celle qui prévaut dans les thérapies occidentales (Ananth, 1984; Cohon, 1977; Lefley et Bestman, 1982). Okura (1981) suggère que même les thérapies et activités de soutien effectuées en groupe, qui sont souvent jugées contre-indiquées à cause du sentiment de honte communément associé à la maladie mentale, peuvent s'avérer efficaces lorsqu'elles sont dirigées avec autorité. L'approche que privilégient actuellement les psychothérapeutes occidentaux selon laquelle le patient doit s'affirmer et être responsable de ses actes peut ne pas convenir aux migrants qui s'attendent à ce qu'on leur donne plutôt des directives (Wood, 1984).

b) Établissement des objectifs et du plan de traitement. L'élaboration d'un plan de traitement qui tienne compte des antécédents culturels du patient suppose d'abord que les symptômes, leurs causes et leurs implications aient été bien interprétés (Evans et al., 1986; Kinzie, 1981; Kleinman, Eisenberg et Good, 1978). Plusieurs études de cas démontrent en particulier comment la cause des troubles peut être interprétée différemment par le spécialiste et le patient lorsque l'un et l'autre proviennent de milieux culturels diamétralement opposés (Krieger et Zussman, 1981; Tobin et Friedman, 1983; Wison, Ries et Bokan, 1980). Pour établir des objectifs réalistes et choisir une forme de traitement efficace, le thérapeute doit également être familiarisé avec les valeurs et les tabous culturels en usage dans le pays d'origine du patient (Ananth, 1984; Cohon, 1977; S. Sue, 1977). Comme le constate Sue, la méthode de

traitement doit se conformer à des objectifs thérapeutiques culturellement acceptables.

En règle générale, les objectifs thérapeutiques qui privilégient l'autonomie et la réalisation de soi sont jugés particulièrement inappropriés dans bien des cas (Di Nicola, 1985a; Lefley, 1984; Marsella et Pedersen, 1981). Comme le constate Ananth (1984), le rôle fondamental que joue la famille au sens traditionnel du terme dans la formation de l'identité personnelle implique que le traitement devrait viser à rétablir l'harmonie au sein de la famille : "l'interdépendance plutôt que l'indépendance" (voir aussi Marsella et Pedersen, 1981). De plus, les patients issus d'une famille et d'une culture traditionnelles risquent d'être tout à fait incapables d'exprimer, à plus forte raison de maîtriser, leurs émotions profondes; on risque de les plonger dans l'angoisse en les encourageant dans ce sens (Ananth, 1984; Okura, 1981).

La thérapie en famille semble donc être une formule de traitement tout à fait indiquée pour cette catégorie de patients; en fait, bon nombre de chercheurs la recommandent vivement (Di Nicola, 1985a; 1985b; McGoldrick, Pearce et Giordano, 1982; Falicov, 1983). Comme le souligne Waxler (1977), la maladie mentale est souvent perçue dans les sociétés de type traditionnel comme étant le problème de la famille, et non pas celui de la personne qui en souffre. Toutefois, des thérapies verbales centrées sur l'individu ont été mises au point, et diverses sous-populations de migrants y ont bien répondu, notamment les adolescents (Szapocznik, Kurtines et Fernandez, 1980), les femmes (Marshal, 1979), et les victimes de tortures (Allodi, ouvrage sous presse; Kinzie et al., 1984). De plus, l'utilisation d'éléments empruntés à la thérapie de comportement, notamment les principes du conditionnement et du renforcement positif, a également donné de bons résultats dans le traitement de patients-migrants (Stumphauzer et Davis, 1983).

c) Contenu de la thérapie. Comme le constate Draguns (1981), pour bon nombre de chercheurs, l'élément clé du succès des thérapies appliquées aux migrants, c'est l'action, plutôt que la réflection. Diverses formules de traitement, y compris la psychothérapie individuelle, peuvent donner de bons résultats chez les migrants dans la mesure où elles proposent des moyens d'action concrets que le patient perçoit comme étant pratiques et pertinents (Fox, 1984). Par exemple, des migrants d'origine hispanique ont bien répondu à une thérapie familiale axée sur l'action (Szapocznik, Scopetta et King, 1978). De même, une étude portant sur les patients d'origine Khmer accueillis dans les camps de réfugiés de Thaïlande indique que les travaux qu'ils accomplissent - culture de plantes médicinales et préparation de remèdes - leur sont bénéfiques (Hiegel, 1983).

Les "conversations" entre patient et thérapeute doivent se conformer à quelques règles. Ainsi, certains sujets, comme le sexe ou les pensées violentes, sont tabous (Ananth, 1984). Les migrants qui n'ont pas l'habitude d'exprimer leurs sentiments personnels, même les plus anodins, évitent d'amener la conversation sur ce sujet, particulièrement ceux qui ont été victimes de tortures ou qui viennent de vivre de dures épreuves (Kinzie et al., 1984; Pivnicki, 1980). En pareil cas, le fait d'aborder le sujet de manière indirecte - en amenant la discussion sur des personnes réelles ou fictives "qui sont dans une situation semblable" - peut donner de bons résultats (Okura, 1981). Certains auteurs recommandent une approche franche et directe. (Devereaux, 1978; Greenbaum et Holmes, 1983). Toutefois, cette approche a été rejetée par d'autres pour des raisons d'ordre éthique et pratique (Di Nicola, 1985b; Lefley, 1984).

Il semble donc que le succès de la psychothérapie, dans le cas du patient migrant, repose sur le respect de son identité culturelle de la part du thérapeute, dans tous les aspects du traitement - genre de relation établi avec lui, définition des objectifs thérapeutiques et contenu du traitement. Toutefois, selon certains chercheurs, cet effort d'ajustement culturel peut se faire dans les deux sens. Ainsi, dans un centre communautaire de santé mentale de Hawaï, Lambert et Lambert (1984) ont préparé 30 patients-migrants à recevoir une thérapie au moyen d'un jeu de rôle ou d'une intervention placebo. Grâce à cette préparation, les patients dépendaient moins du soutien et des directives de leur thérapeute; ils étaient également plus satisfaits du traitement et celui-ci a donné de bons résultats. Acosta et al. (1983) ont tenté une expérience comparable avec des patients hispano-américains, qui s'est révélée aussi fructueuse.

D. SOLUTIONS PROPOSÉES POUR REMÉDIER AUX OBSTACLES

Considérée dans son ensemble, la documentation existante sur les services de santé mentale offerts aux migrants présente des lacunes importantes, autant sur le plan des connaissances que sur celui de la compréhension de la situation. La plus évidente a trait au fait que les services de prévention primaire sont bien décrits en détail, mais leur incidence sur le bien-être mental des migrants reste à prouver. De même, bien que l'apport des méthodes de soins traditionnelles à la médecine occidentale ait été évalué, peu d'études portent sur l'utilisation de ces méthodes par les migrants eux-mêmes.

Les lacunes se rapportant aux services de traitement communément offerts sont d'un autre ordre. Des recherches approfondies ont été faites pour déterminer les aptitudes générales qui facilitent l'utilisation de ces services, quels que soient les antécédents culturels des patients (Brown, 1982). Des recommandations ont

été également faites à l'intention des spécialistes de la santé mentale pour que leurs services profitent mieux au moins aux principaux groupes culturels (voir, par exemple, Pedersen et al., 1981). Reste que très peu d'études ont été entreprises sur la question des moyens à mettre en oeuvre pour favoriser l'assimilation de ces aptitudes et connaissances. Il s'agit là d'une grave lacune, toute solution aux problèmes particuliers que pose une clientèle multiculturelle, à toutes les étapes du processus d'intervention - depuis l'approche initiale et l'accueil jusqu'à la fin du traitement et au suivi - résidant d'abord et avant tout dans l'éducation et la formation.

Lorsque les immigrants et les réfugiés se tournent d'abord vers leur famille et leurs semblables pour régler leurs problèmes psychologiques, les chercheurs recommandent que les programmes éducatifs mis en oeuvre dans le domaine de la santé mentale s'adressent à l'ensemble de la communauté ethnique (Barwick, 1986; B.L. Kim, 1976). De plus, les médecins généralistes, les infirmières travaillant en milieu scolaire et les techniciens en assistance sociale devraient recevoir une formation sur les besoins particuliers des personnes issues d'autres cultures en matière de santé mentale, ainsi que sur l'attitude à adopter à leur égard (Ammar, 1982; Cohon, 1983; Lynam, 1985). Compte tenu du fait que la présence d'un interprète peut grandement faciliter tout le processus de traitement du patient-migrant, ou y faire obstacle s'il n'est pas compétent, il faudrait aussi donner une formation à tout le moins paramédicale à des personnes issues des communautés ethniques jugées aptes à servir d'interprètes (Coleman, Miller et Chambers, 1979; Shackman, 1982). Enfin, les spécialistes de la santé mentale devraient être sensibilisés, au niveau universitaire ou post-universitaire, non seulement au respect des différences culturelles dans l'évaluation de l'état de santé mentale des migrants et dans leur traitement, mais aussi à leurs propres préjugés culturels et professionnels (Salvendy, 1983; Samuda et Wolfang, 1985).

Malheureusement, bien que les chercheurs soient unanimes à recommander que les professionnels de la santé mentale apprennent à respecter l'identité culturelle de leurs patients, et que les interprètes biculturels reçoivent une formation appropriée, trop peu d'entre eux fournissent des données précises sur les moyens concrets à mettre en oeuvre en ce sens et sur les effets de telles mesures. Pour reprendre les propos de D.W. Sue (1981), on parle trop et l'on agit pas assez : on consacre beaucoup de temps et d'efforts à analyser les problèmes existants, mais non à mettre sur pied des programmes de formation spécialisés qui permettraient aux professionnels de la santé mentale et aux autres intervenants de remédier à ces problèmes.

De plus, les recherches entreprises dans le domaine de la formation sur ces questions relatives à l'identité culturelle des migrants étant rarement publiées, elles sont reprises et

reproduites inutilement (D.W. Sue, 1981). Il faudrait donc inventorier les documents de référence existants et les soumettre aux principaux intéressés - établissements d'enseignement spécialisés dans le domaine de la santé mentale, associations professionnelles, et organismes dispensant les services de santé mentale (voir, par exemple, Ivey et Authier, 1978). Par ailleurs, les directives de formation proposées dans ces documents pourraient être mises en pratique, en vue d'en évaluer les effets, dans le cadre de programmes d'études ou de perfectionnement (voir, par exemple Van Dromme, 1977). Enfin, les programmes de formation qui ont donné de bons résultats, quant à la forme et au contenu, devraient être portés à l'attention des professionnels concernés par le biais d'articles, de conférences, et par l'entremise des conseillers en formation (voir, par exemple, Fernandez-White, 1985).

Pour remédier aux problèmes relatifs à l'utilisation des services de santé mentale par les migrants qui sont attribuables aux différences culturelles, il faut commencer par sensibiliser et les patients-migrants et les professionnels de la santé mentale à ces différences. Toutefois, la question des différences culturelles doit être présentée aux professionnels concernés en termes concrets et spécialisés pour que ces derniers soient en mesure de répondre aux attentes et aux besoins des migrants en matière de santé mentale.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE CITÉS

Abad, V., Boyce, E. Issues in psychiatric evaluation of Puerto Ricans: A sociocultural perspective. J. Operational Psychiatry, 10(1):28-39, 1979.

Acosta, F.X., Yamamoto, J., Evans, L.A., Skilbeck, W.M. Preparing low-income Hispanic, Black and White patients for psychotherapy: Evaluation of a new orientation program. J. Clin. Psychology, 39(6):872-877, 1983.

Aday, L.A., Chiu, G.Y., Andersen, R. Methodological issues in health care surveys of the Spanish heritage population. Am. J. Public Health, 70:376-374, 1980.

Aguirre, B.E., Bigelow, A. The aged in Hispanic groups: A review. Int. J. Aging Hum. Dev., 17(3):177-201, 1983.

Alcalay, R. Hispanic women in the United States: Family and work relations. Migration Today, 12(3):13-20, 1984.

Alley, J.C. Life-threatening indicators among the Indochinese refugees. Suicide Life Threat. Behav., 12(1):46-51, 1982.

Allodi, F. Psychotherapy of post-traumatic stress disorders. A multicultural model (in press).

Allodi, F. Cultural psychiatry and the dynamics of primary prevention. In Lumsden, D.P. (ed.), Community Mental Health Action: Primary Prevention Programming in Canada. The Canadian Public Health Association, 1984.

Allodi, F. The psychiatric effects in children and families of victims of political persecution and torture. Dan. Med. Bull., 27(5):229-232, 1980.

Allodi, F., Cowgill, G. Ethical and psychiatric aspects of torture: A Canadian study. Can. J. Psychiatry, 27(2):98-102, 1982.

Allodi, F., Fantini, N. The Italians in Toronto: A data system for psychiatric services to an immigrant community. Annal. Psychother. Psychopathol., 2:49-58, 1985.

Allodi, F., Rojas, A. The health and adaptation of victims of political violence in Latin America. In Pichot, P., Berner, P., Wolf, R., & Thau, K. (eds.), Psychiatry: The State of the Art. New York: Plenum Press, 1983.

Amaral Dias, C.A., Vicente, T.N., Cabrita, M.F., de Mendon, A.R. Transplantation, identity and drug addiction. Bull. Narc., 33(1):21-26, 1981.

Ammar, S. L'émigré - immigré maghrebin et sa famille face au changement et à la maladie. Ann. Med. Psychology (Paris), 140(6):577-581, 1982.

Ananth, J. Treatment of immigrant Indian patients. Can. J. Psychiatry, 29(6):490-493, 1984.

Anderson, J.M., Lynam, M.J. Uprooting and resettling: East Indian women in Canada. Conference: International Sociological Association, 1986.

Andrulis, D.P. Ethnicity as a variable in the utilization and referral patterns of a comprehensive mental health center. J. Comm. Psychology, 5:231-237, 1977.

Atkinson, D.R. Ethnic similarity in counseling psychology: A review of research. The Counselling Psychologist, 11(3):19-24, 1983.

Barwick, C.S.L. Services to immigrants: The new specificity of transcultural psychiatry. Paper presented to the 36th Annual Meeting of the Canadian Psychiatric Association, September 1986.

Bathien, K.N. Malapert, B. Problèmes psychopathologiques consécutifs aux traumatismes de guerre et de migration: À propos de 30 dossiers d'enfants réfugiés du sud est asiatique venus consulter à l'hôpital Trousseau pendant l'année 1983. Étude, Paris, Hôpital Trousseau, 1984, 34p.

Beiser, M. Changes in mental health over time among Southeast Asian refugees. Unpublished paper.

Beiser, M. Refugee mental health in the early years of resettlement. In Nann, R.C., Johnson, P.J., Beiser, M. (eds.), Refugee Resettlement: Southeast Asians in Transition. Vancouver, B.C.: Refugee Resettlement Project, 1984.

Beiser, M., Fleming, J.A.E. Measuring psychiatric disorder among Southeast Asian refugees. Psychological Medicine, 16:627-639, 1986.

Berry, J.W. Cultural relations in plural societies: Alternatives to segregation and their sociopsychological implications. In Miller, N., Brewer, M. (eds.), Groups in Contact. New York: Academic, 1984.

Bhatnagar, J.K. Linguistic behaviour and adjustment of immigrant children in French and English schools in Montreal. Int. Rev. Applied Psychology, 29(1-2): 141-158, 1980.

Bird, H.R., Canino, I. The sociopsychiatry of Espiritismo. Findings of a study in psychiatric populations of Puerto Rican and other Hispanic children. J. Amer. Acad. Child Psychiatry, 20:725-740, 1981.

Bland, R.C., Orn, H. Schizophrenia: Sociocultural factors. Can. J. Psychiatry, 26(3):186-188, 1981.

Bodnar, A., Reimer, M. The organization of social services and its implications for the mental health of immigrant women. Report produced for Secretary of State by Working Women Community Centre, Toronto, Ontario, 1979.

Boehnlein, J.K., Kinzie, J.D., Ben, R., Fleck, J. One year follow-up study of post-traumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. Am. J. Psychiatry, 142(8):956-959, 1985.

Boman, B., Edwards, M. The Indochinese refugee: An overview. Aust. N.Z. J. Psychiatry, 18(1):40-52, 1984.

Bowlan, J., Bruno, E. (eds.) Cambodian Mental Health: A Day to Explore Issues and Alternative Approaches to Care. Proceedings of Conference. New York: The Cambodian Women's Project, 1985.

Boxer, P.A., Garvey, J.T. Psychiatric diagnoses of Cuban refugees in the United States: Findings of medical review boards. Am. J. Psychiatry, 142(1):86-89, 1985.

Brodsky, B. Social work and the Soviet immigrant. Migration Today, 10(1):15-20, 1982.

Brown, G. Issues in the resettlement of Indochinese refugees. Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work. Family Service Association of America, 1982.

Burch, E.A., Jr., Powell, C.H. The psychiatric assessment of a Vietnamese refugee through art. Am. J. Psychiatry, 37(2):236-237, 1980.

Burke, A.W. Determinants of delinquency in female West Indian migrants. Int. J. Soc. Psychiatry, 28(1):28-34, 1982.

Burke, A.W. Family stress and the precipitation of psychiatric disorder. A comparative study among immigrant West Indian and native British patients in Birmingham. Int. J. Soc. Psychiatry, 26(1):35-40, 1980.

Burvill, P.W. The epidemiology of psychiatric illness in industralized society. Aust. N.Z. J. Psychiatry, 16(3):144-151, 1982.

Burvill, P.W., Armstrong, B.K., Carlson, D.J. Attempted suicide and immigration in Perth, Western Australia, 1969-1978. Acta Psychiat. Scan., 68(2):89-99, 1983.

Canino, G., Canino, I.A. Culturally syntonic family therapy for migrant Puerto Ricans. Hosp. Community Psychiatry, 33(4):299-303, 1982.

Carpenter, L., Brockington, I.F. A study of mental illness in Asians, West Indians and Africans living in Manchester. Br. J. Psychiatry, 137:201-205, 1980.

Casas, J.M. A reflection on the status of racial/ethnic minority research. The Counselling Psychologist, 13(4):581-598, 1985.

Castro, M.G. Women in migration: Columbian voices in the Big Apple. Migration Today, 10(3-4):22-32, 1982.

Chan, D.W. The Chinese version of the General Health Questionnaire: Does language make a difference? Pshychological Med., 15:147-155, 1985.

Chan, K.B. Indochinese refugees and social support: The theoretical importance of the family and social networks in research and social intervention. In Nann, R.C., Johnson, P.J., Beiser, M. (eds.) Refugee Resettlement: Southeast Asians in Transition. Vancouver, B.C.: Refugee Resettlement Project, 1984(a).

Chan, K.B. Mental health needs of Indochinese refugees: Toward a national refugee resettlement policy and strategy in Canada. In Lumsden, D.P. (ed.), Community Mental Health Action: Primary Prevention Programming in Canada. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1984(b).

Chan, K.B. Coping with aging and managing self-identity: The social world of the elderly Chinese woman. Can. Ethnic Studies, 25(3):36-50, 1983.

Chan K.B., Lam, L. Resettlement of Vietnamese-Chinese refugees in Montreal, Canada: Some socio-psychological problems and dilemmas. Canadian Ethnic Studies/Études ethniques au Canada, 15(1):1-17, 1983.

Chandrasena, R.D. Traditional therapies: Why immigrants seek them. Asianadian, 6(1):8-10, 1984.

Cheung, F., Dobkin de Rios, M. Recent trends in the study of the mental health of Chinese immigrants to the United States. Research in Race and Ethnic Relations, 3:145-163, 1982.

Cochrane, R. Psychological and behavioural disturbance in West Indians, Indians and Pakistanis in Britain: A comparison of rates among children and adults. Brit. J. Psychiatry, 134:201-210, 1979.

Cochrane, R., Hashmi, F., Stopes-Roe, M. Measuring psychological disturbance in Asian immigrants to Britain. Soc. Sci. Med., 11:157-164, 1977.

Cochrane, R. Stopes-Roe, M. Psychological symptom levels in Indian immigrants to England -- A comparison with native English. Psychol. Med., 11(2):319-327, 1981.

Cohen, L.M., Grossnickle, M.A. (eds.) Immigrants and Refugees in a Changing Nation: Research and Training. Washington, D.C.: Catholic University of America Press, 1983.

Cohon, J.D. Southeast Asian refugees and school health personnel. J. School Health, Feb.:151-158, 1983.

Cohon, J.D. Psychological adjustment and dysfunction among refugees. Int. Migration Rev., 15(1-2):255-275, 1981.

Cohon, J.D. The trauma syndrome: Identification, treatment, and referral of commonly seen problems. Paper presented at Northern California Indochinese Refugee Assistance Program Conference, San Francisco, August, 1977.

Coleman, C.M., Miller, B., Chambers, E. National mental health needs assessment of Indochinese refugee populations. Bureau of Research and Training, Office of Mental Health. Pennsylvania Dept. of Public Welfare, July, 1979.

Costello, B. (ed.) Women refugees. Migration Today, 8(4):34-35, 1980.

Crandall, J., Day, C., Reny, E. Existing programs for orientation of women refugees and migrants. Migration Today, 10(3-4):33-42, 1982.

Danna, J.J. Migration and mental illness: What role do traditional childhood socialization practices play? Cult. Med. Psychiatry, 4(1):25-42, 1980.

David, H.P. Involuntary international migration: Adaptation of refugees. In Brody, E.B. (ed.), Behavior in New Environments. Beverley Hills, CA: Sage Publications, 1969.

Dean, G., Walsh, D., Downing, H., Shelley, E. First admissions of native-born and immigrants to psychiatric hospitals in South-East England 1976. Br. J. Psychiatry, 139:506-512, 1981.

Delgado, M. Therapy Latino style: Implications for psychiatric care. Perspectives in Psychiatric Care, 17(3):107-115, 1979.

Devereaux, G. Ethnopsychoanalysis. Berkeley: University of California Press, 1978.

Devisch, R., Gailly, A. A therapeutic self-help group among Turkish women: Dertlesmek: "The sharing of sorrow." Psichiatr. e Psicter. Anal., 4(2):133-152, 1985.

Di Nicola, V.F. Family therapy and transcultural psychiatry: An emerging synthesis. Part I. The conceptual basis. Transcult. Psychiatric Res. Rev., 22(2):81-112, 1985a.

Di Nicola, V.F. Family therapy and transcultural psychiatry: An emerging synthesis. Part II. Portability and culture change. Transcult. Psychiatric Res. Rev., 22(3):151-180, 1985b.

Disman, M. Immigrants and other grieving people: Insights for counselling practices and policy issues. Can. Ethnic Studies, 25(3):106-118, 1983.

Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S., Gould, M.S., Link, B., Neugenbauer, R., Winsch-Hitzig, R. Mental Illness in the United States. New York: Praeger, 1980.

Downie, P.T.H. Child care needs of immigrants. Paper prepared for the Task Force on Child Care. Status of Women Canada, January 1985.

Draguns, J.G. Cross-cultural counseling and psychotherapy: History, issues, current status. In Marsella, A.J., Pedersen, P.B. (eds.), Cross-Cultural Counseling and Psychotherapy. Permagon Press Inc., 1981.

Duran, M. Life in exile: Chileans in Canada. Multiculturalism, 3(4):13-16, 1980.

Eisenbruch, M. Cross-cultural aspects of bereavement. II. Ethnic and cultural variations in the development of bereavement practices. Cult. Med. Psychiatry, 8(4):315-347, 1984.

Eisenbruch, M. Vietnamese children and parents in an English town: The refugee experience. In Deregowski, J.B., Dzuirawiec, S., Annis, E.R.C. (eds.), Expectations in Cross-Cultural Psychology. Lisse, The Netherlands: Swets and Zeitlinger B.V., 1983.

Elgie, K., Montgomery, H. A community development approach to meeting the resettlement needs of Indochinese refugees. J. Comm. Develop. Soc., 16(1):75-93, 1985.

Ervin, A.M. Socio-health needs of Southeast Asian refugees in Saskatchewan. Paper presented at the Annual Meeting of the Canadian Ethnological Society, May 1986.

Evans, L.A., Acosta, F.X., Yamamoto, J., Hurwicz, M.L. Patient requests: Correlates and therapeutic implications for Hispanic, black and Caucasian patients. J. Clin. Psychology, 42(1):213-221, 1986.

Eyton, J., Neuwirth, G. Cross-cultural validity: Ethnocentrism in health studies with special reference to the Vietnamese. Soc. Sci. Med., 18(5):447-453, 1984.

Falicov, C.J. (ed.) Cultural Perspectives in Family Therapy. Rockville, MD: Aspen Publications, 1983.

Fandetti, D.V., Gelfand, D.E. Attitudes towards symptoms and services in the ethnic family and neighbourhood. Amer. J. Orthopsychiatry, 48(3), 1978.

Fantino, A.M. Psychosocial processes of immigrants' adaptation: Chileans and Argentinians in Canada. Unpublished M.Ed. Thesis, University of Alberta, 1982.

Fantino, A.M., Kennedy, S. Immigrants' Views on the Adaptation Process: The Polish Case. Catholic Social Services (Immigration Services) and Alberta Manpower (Settlement Services). April 1983.

Fava, G.A. Assessing depressive symptoms across cultures: Italian validation of the CES-D self-rating scale. J. Clin. Psychol., 39(2):249-251, 1983.

Fernandez-White, J. Training and research institute on migration. Migration Today: Current Issues and Christian Responsibility, 34:9-10, 1985.

Fernando, S. Racism as a cause of depression. In Burke, A.W., (ed.). Racism and Mental Illness. Special 30th Anniversary Double Issue of the International Journal of Social Psychiatry, Spring 1984.

Fox, R. The Indochinese: Strategies for health survival. Int. J. Soc. Psychiatry, 30(4):285-291, 1984.

Fry, P.S. Stress ideations of Vietnamese youth in North America. J. Soc. Psychology, 125(1):35-43, 1985.

Gaviria, M., Stern, G. Problems in designing and implementing culturally relevant mental health services for Latinos in the U.S. Soc. Sci. Med., 14B:65-71, 1980.

Giordano, J., Giordano, G.P. The Ethno-Cultural Factor in Mental Health: A Literature Review and Bibliography. New York: Institute on Pluralism and Group Identity, 1977.

Gerber, L.M. Ethnicity still matters: Socio-demographic profiles of the ethnic elderly in Ontario. Can. Ethnic Studies, 25(3):60-80, 1983.

Goldfield, N., Lee, W. Caring for Indochinese refugees. Am. Fam. Physician, 26(3):157-160, 1982.

Goldlust, J., Richmond, A.H. A multivariate model of immigrant adaptation. Int. Migration Review, 8(2):193-225, 1974.

Graves, T.D., Graves, N.B. Stress and health among Polynesian migrants to New Zealand. J. Behav. Med., 8(1):1-19, 1985.

Great Britain, Community Relations Commission, Reference and Technical Services Division. Aspects of Mental Health in a Multicultural Society: Notes for the Guidance of Doctors and Social Workers. London: The Commission, 1976.

Greenbaum, L., Holmes, I.H. The use of folktales in social work and practice. Social Casework, 64(7):414-418, 1983.

Grinberg, L., Grinberg, R. A psychoanalytic study of migration: Its normal and pathological aspects. J. Am. Psychoanal. Assoc., 32(1):13-38, 1984.

Guidote, P.M., Baba, V.V. On the relationship between demographic factors and need fulfillment, participation in decision making, stress, alienation, and acculturation: An empirical study of the Filipino community in Montreal. In Ujimoto, K.V., Hirabayashi, G. (eds.), Asian Canadians and Multiculturalism: Selections from the Proceedings of the Asian Canadian Symposium IV. Montreal, 1980.

Haavio-Mannila, E., Stenius, K. Immigrants and natives as mental health care recipients. Mental Health and Society, 4:171-189, 1977.

Haines, D., Rutherford, D., Thomas, D. Family and community among Vietnamese refugees. Int. Migration Rev., 15(1-2):310-319, 1981.

Halldin, J. Prevalence of mental disorder in an urban population in central Sweden in relation to social class, marital status and immigration. Acta Psychiat. Scand., 71(2):117-127, 1985.

Head, W.A. The West Indian family in Canada: Problems of adaptation in a multiracial, multicultural society. Multiculturalism, 3(2):14-18, 1979.

Hiegel, J.P. Collaboration with traditional healers: Experience in refugees' mental care. Int. J. Mental Health, 12(3):30-43, 1983.

Hirayama, K.K. Evaluating effects of the employment of Vietnamese refugee wives on their family roles and mental health. California Sociologist, 5(1):96-110, 1982.

Hitch, P.J., Rack, P.H. Mental illness among Polish and Russian refugees in Bradford. Br. J. Psychiatry, 137:206-211, 1980.

Hoeper, E., Nycz, G., Cleary, P., Regier, D. & Goldberg, I. Estimated prevalence of RDC mental disorder in primary medical care. International Journal of Mental Health, 8:6-15, 1979.

Hopkins-Kavangh, K., Sananikone, P. Migration, mental health and the Laotian refugee. Migration News, 4:15-23, 1981.

Hull, D. Migration, adaptation, and illness: A review. Soc. Sci. Med., 13A:25-36, 1979.

Hutchinson, M. Women refugees and the United Nations decade for women. (Foreword). Refugee Abstracts, 4(2):3-5, 1985.

Huych, E.E., Fields, R. Impact of resettlement on refugee children. Int. Migration Review, 15(1-2):246-254, 1981.

Ikels, C. Aging and Adaptation: Chinese in Hong Kong and the United States. Hamden, Connecticut: Shoe String Press, 1983.

Inbar, M. Immigration and learning: The vulnerable age. Can. Rev. Sociol. Anthropol., 14(2):218-234, 1977.

Ivey, A., Authier, J. Microcounseling: Innovations in Interviewing Training. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1978.

Johnson, P.J. Effect of sponsorship on initial economic experiences of Southeast Asian refugees. In Nann, R.C., Johnson, P.J., Beiser, M. (eds.) Refugee Resettlement: Southeast Asians in Transition, 1984.

Jones, E.E., Korchin, S.J. Minority mental health: Perspectives. In Jones, E.E., Korchin, S.J. (eds.) Minority Mental Health. Praeger Publishers, 1982.

Kallarackal, A.M., Herbert, M. The happiness of Indian immigrant children. New Society, Feb.:422-424, 1976.

Karno, M., Burnam, M.A., Escobar, J.I., Hough, R.L., Eaton, W.W. Development of the Spanish-language version of the National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Arch. Gen. Psychiatry, 40:1183-1188, 1983.

Kim, B.K. Attitudes, parental identification, and locus of control of Korean, New Korean-Canadian and Canadian adolescents. In Ujimoto, K.V. & Hirabayashi, G. (eds.). Visible Minorities and Multiculturalism: Asians in Canada. Toronto: Butterworths, 1980.

Kim, B.L. The Asian Americans: Changing Patterns, Changing Needs. Montclair, N.J.: Association of Korean Christian Scholars in North America, 1978.

Kim, B.L. An appraisal of Korean immigrant service needs. Social Casework, 57(3):139-148, 1976.

Kinzie, J.D. Cultural aspects of psychiatric treatment with Indochinese refugees. Amer. J. Soc. Psychiatry, 5:47-53, 1985.

Kinzie, J.D. Evaluation and psychotherapy of Indochinese refugee patients. Am. J. Psychother., 35(2):251-261, 1981.

Kinzie, J.D., Frederickson, R.H., Ben, R., Fleck, J., Karls, W. Post-traumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. Am. J. Psychiatry, 141(5):645-650, 1984.
Kinzie, J.D., Manson, S.M., Vinh, D.T., Tolan, N.T., Ahn, B., Pho, T.N. Development and validation of a Vietnamese-languaged depression rating scale, Am. J. Psychiatry, 139(10):1276-1281, 1982.

Kleinman, A., Eisenberg, L., Good, B. Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. Annals Int. Med., 88:251-258, 1978.

Kliewer, E.V., Kazanjian, A. Alienation and suicide in immigrants. International Sociological Association Conference, 1986.

Kline, F., Acosta, F.X., Austin, W., Johnson, R.G. The misunderstood Spanish-speaking patient. Amer. J. Psychiatry, 137:1530-1533, 1980.

Koranyi, E.K., Kerenyi, A.B., Sarwer-Foner, G.J. Adaptive difficulties of some Hungarian immigrants: The process of adaptation and acceleration. Comprehensive Psychiatry, 4(1):47-57, 1963.

Korchin, S.J. Clinical psychology and minority problems. Amer. Psychologist, 35:262-269, 1980.

Krener, P.G., Sabin, C. Indochinese immigrant children: Problems in psychiatric diagnosis. J. Am. Acad. Child Psychiatry, 24(4):453-458, 1985.

Krieger, M.J., Zussman, M. The importance of cultural factors in a brief reactive psychosis. J. Clin. Psychiatry, 42(6):248-249, 1981.

Krupinski, J. Changing patterns of migration to Australia and their influence on the health of migrants. Soc. Sci. Med., 18(1):927-237, 1984.

Kunz, E.F. Exile and resettlement: Refugee theory. Int. Migration Rev., 15(1):42-51, 1981.

Kurian, G. Socialization of South Asian immigrant youth in Canada. International Sociological Association Conference, 1986.

Kurzeja, P.L., Koh, S.D., Koh, T.H., Liu, W.T. Ethnic attitudes of Asian American elderly: The Korean immigrants and Japanese Niseis. Res. Aging, 8(1):110-127, 1986.

Lago, C. Cross-cultural counselling: Some developments, thoughts and hypotheses. New Community, 9(1):59-63, 1981.

Lambert, R.G., Lambert, M.J. The effects of role preparation for psychotherapy on immigrant clients seeking mental health services in Hawaii. J. Community Psychol., 12(3):263-275, 1984.

Lappin, J. On becoming a culturally conscious family therapist. In Falivoc, C.J. (ed.), Cultural Perspectives in Family Therapy. Rockville, MD: Aspen Publications, 1983.

Lasry, J.C. Cross-cultural perspective on mental health and immigrant adaptation. Social Psychiatry, 12(2):49-55, 1977.

Lasry, J.C., Sigal, J.J. Mental and physical health correlates in an immigrant population. Can. J. Psychiatry, 25(5):391-393, 1980.

Leff, J.P. The cross-cultural study of emotions. Cult. Med. Psychiatry, 1:317-350, 1977.

Lefley, H.P. Delivering mental health services across cultures. In Pedersen, P.B., Sartorius, N., Marsella, A.J. (eds.), Mental Health Services: The Cross-Cultural Context. Beverley Hills, CA: Sage Publications, 1984.

Lefley, H.P., Bestman, E.W. Community mental health and minorities: A multi-ethnic approach. In Sue, S., Moore, T. (eds.) Community Mental health in a Pluralistic Society. New York: Human Sciences Press, 1982.

Léger, J.M., Estramon, B., Herman, C., Malauzat, D. Problèmes psychopathologiques apparus chez les réfugiés du sud est asiatique. Enquête réalisée dans un centre d'accueil à Limoges, France. Ann. Medico-Psychol. (Paris), 141(1):107-115, 1983.

Levine, E., Padilla, A. Crossing Cultures in Therapy: Pluralistic Counseling for the Hispanic. Monterey, CA: Brooks/Cole, 1980.

Lin, E.H., Carter, W.B., Kleinman, A.M. An exploration of somatization among Asian refugees and immigrants in primary care. Am. J. Public Health, 75(9):1080-1084, 1985.

Lin, K.M., Inui, T.S., Kleinman, A.M., Womack, W.M. Sociocultural determinants of the help-seeking behavior of patients with mental illness. J. Nerv. Ment. Dis., 170:78-85, 1982.

Lin, K.M., Masuda, M., Tazuma, L. Problems of eastern refugees and immigrants: Adaptational problems of Vietnamese refugees. Part IV. Psychiatric J. Univ. Ottawa, 9(2):79-84, 1984.
Lin, T.Y. Multiculturalism and Canadian psychiatry: Opportunities and challenges. Canadian Journal of Psychiatry, 31:681-690, 1986.

Lin, T.Y., Tardiff, K., Donetz, G., Goresky, W. Ethnicity and patterns of help-seeking. Cult. Med. Psychiatry, 2:4-13, 1978.

Littlewood, R., Lipsedge, M. Some social and phenomenological characteristics of psychotic immigrants. Psychol. Med., 11(2):289-301, 1981.

Lobo, E. de H. Children of Immigrants to Britain: Their Health and Social Problems. London: Hodder and Stoughton, 1978.

Lonner, W.J. The search for psychological universals. In Triandis, H.C., Lambert, W.W. (eds.), Handbook of Cross-Cultural Psychology. Boston: Allyn and Bacon, 1980.

Lopez, S. Mexican-American usage of mental health facilities: Under-utilization considered. In Baron, Jr., A. (ed.), Exploration in Chicano Psychology, New York: Praeger, 1981.

Lopez, S. Clinical stereotypes of the Mexican-American. In Martinez, J.L. (ed.) Chicano Psychology, New York: Academic Press, 1977.

Lu, F., Lee, E., Tolentino, E., Hopkin, J. The Asian/Pacific American Psychiatric Inpatient Program at the University of California, San Francisco. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, May 1984.

Lum, D., Cheung, L.Y., Cho, E.R., Tang, T.Y., Yau, H.B. The psychosocial needs of the Chinese elderly. Social Casework, 61(2):100-106, 1980.

Lynam, M.J. Support networks developed by immigrant women. Soc. Sci. Med., 21(3):327-333, 1985.

McGoldrick, M., Pearce, J.K., Giordano, J. Ethnicity and Family Therapy. New York: Guilford Press, 1982.

Maingot, A.P. The stress factors in migration: A dissenting view. Migration Today, 13(5):26-29, 1985.

Mangalam, J.J. Post-immigration adjustment of India's immigrants in Canada: A case study. In Chandrasekhar, S. (ed.), From India to Canada. La Jolla, California: A Population Review Book, 1986.

Marcos, L.R. Adults' recollection of their language deprivation as immigrant children. Am. J. Psychiatry, 139(5):607-610, 1982.

Marcos, L.R. Effects of interpreters on the evaluation of psychopathology in non-English-speaking patients. Am. J. Psychiatry, 136:171-174, 1979.

Marett, V. Cross-cultural counselling: An overview of research. New Community, 9(1):53-58, 1981.

Marsella, A.J., Pedersen, P.B. (eds.) Cross-Cultural Counseling and Psychotherapy. New York: Pergamon Press, 1981.

Marsella, A.J., White, G.M. (eds.) Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy. Boston: D. Reidel Publishing Company, 1984.

Marshall, D. Implications for intercultural counselling. Multiculturalism, 3(2):23-26, 1979.

Migliore, S. Evil eye or delusions: On the "consistency" of folk models. Med. Anthropol. Quart., 14(2):4-9, 1983.

Miller, B., Chambers, E., Coleman, C. Indo-Chinese refugees: A national mental health need assessment. Migration Today, 9(2):26-31, 1981.

Minde, K., Minde, R. Children of immigrants: The adjustment of Ugandan Asian primary school children in Canada. J. Can. Psychiatric Assoc., 21(6):371-381, 1976.

Miranda, M.R. (ed.) Psychotherapy with the Spanish speaking: Issues in Research and Service Delivery. Spanish-Speaking Mental Health Research and Development Program: UCLA, 1976.

Mirdal, G.M. The condition of "tightness": The somatic complaints of Turkish migrant women. Acta Psychiat. Scand., 71(3):287-296, 1985.

Morgan, M.C., Wingard, D.L., Felice, M.E. Subcultural differences in alcohol use among youth. J. Adolesc. Health Care, 5(3):191-195, 1984.

Morgan, P., Andrushko, E. The use of diagnostic-specific rates of mental hospitalization to estimate underutilization by immigrants. Soc. Sci. Med., 11(11-13):611-618, 1977.

Morokvasic, M. Birds of passage are also women. Int. Migration Review, 28(4):886-907, 1984.

Munoz, L. Exile as bereavement: Socio-psychological manifestations of Chilean exiles in Great Britain. Br. J. Med. Psychol., 53(3):227-232, 1980.

Murphy, H.B.M. Migration, culture and mental health. Psycholog. Med., 7(4):677-684, 1977.

Murphy, H.B.M. Migration and the major mental disorders: A reappraisal. In Zwingmann, C., Pfister-Ammende, M. (eds.), Uprooting and After. New York: Springer-Verlag, 1973.

Murphy, H.B.M. Flight and Resettlement. Paris: UNESCO, 1955.

Myers, D.H., Neal, C.D. Suicide in psychiatric patients. Br. J. Psychiatry, 133:38-44, 1978.

Naditch, M.P., Morrissey, R.F. Roll stress, personality, psychopathology in a group of immigrant adolescents. J. Abnorm. Psychology, 85(1):113-118, 1976.

Naidoo, J.C. Trends in the migration and settlement of Africans in Canada in Ekstrand, L. (ed.), Ethnic Minority and Immigrant Research. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger, 1986.

Naidoo, J.C. The South Asian experience of aging. Multiculturalism, 8(3), 1985.

Naidoo, J.C. Stressful and facilitating life experience for South-Asian women in Canada. In Ujimoto, K.V., Naidoo, J.C. (eds.), Asian Canadians: Aspects of Social Change. Selections from the Proceedings of the Asian Canadian Symposium VI, Guelph, Ontario, 1984.

Neuwirth, G., Grenier, G., Devries, J., Watkins, W. Southeast Asian Refugee Study: A Report on the Three-Year Study of the

Social and Economic Adaptation of Southeast Asian Refugees to Life in Canada, 1981-1983. Hull, Canada: Employment and Immigration Canada, 1985.

Nguyen, L.T., Henkin, A.B. Vietnamese refugees in the United States: Adaptation and transitional status. J. Ethnic Studies, 9(4):101-116, 1982.

Nguyen, S.D. Mental health services for refugees and immigrants. Psychiat. J. Univ. Ottawa., 9(2):85-91, 1984.

Nguyen, S.D. Psychiatric and psychosomatic problems among Southeast Asian refugees. In Krakowski, A.J., Kimball, C.P. (eds.), Psychosomatic Medicine, New York: Plenum Publishing Co., 1983.

Nguyen, S.D. The psycho-social adjustment and mental health needs of Southeast Asian refugees. Psychiat. J. Univ. Ottawa, 7(1):26-35, 1982.

Okura, K.P. Indochinese refugee families/children in turmoil. Paper presented at the 58th Annual Meeting of the American Orthopsychiatric Association, New York, March 1981.

Olowu, A.A. Counselling needs of immigrant children. New Community, 10(3):410-420, 1983.

Palinkas, L.A. Ethnicity, identity and mental health: The use of rhetoric in an immigrant Chinese church. J. Psycholanal. Anthropol., 5:235-258, 1982.

Palmer, I. Advancement preparation and settlement needs of Southeast Asian refugee women. Int. Migrat. Review, 19(1-2):94-101, 1981.

Pask, E.D., Jayne, A. Resettlement of minor refugees: Some interdisciplinary issues. Can. J. Family Law, 4(3):275-292, 1984.

Pedersen, P.B., Draguns, J.G., Lonner, W.J., Trimble, J.E. Counselling Across Cultures: Revised and Expanded Edition. Honolulu University East-West Center: University Press of Hawaii, 1981.

Penning, M.J. Multiple jeopardy: Age, sex and ethnic variations. Can. Ethnic Studies, 25(3): 81-105, 1983.

Pivnicki, D. On psychopathology of exile: An essay. Confinia Psychiatrica, 23(2):109-117, 1980.

Plaut, G.W. Refugee Determination in Canada: Proposals for a New System. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1985.

Prince, R. Shamans and endorphins: Exogenous and endogenous factors in psychotherapy. In Pedersen, P.B., Sartorious, N., Marsella, A.J. (eds.). Mental Health Services: The Cross-Cultural Context. Beverly Hills: Sage Publications, 1984.

Rack, P.H. Race, Culture and Mental Disorder. London: Tavistock Publications, 1982.

Rack, P.H. Ethnic differences in depression and its response to treatment. J. Int. Med. Res., 8(Suppl. 3):20-23, 1980.

Rahim, A., Mukherjee, A.K. South Asians in Transition: Problems and Challenges. Scarborough: Indian Immigrant Aid Services, 1984.

Ready, T. Psychological and Social Adaptation of Immigrant and Refugee Adolescents in Washington, D.C. Washington, D.C.: Catholic University of America. (n.d.)

Reubens, P. Psychological needs of the new immigrants. Migration Today, 8(2):9-14, 1980.

Richmond, A.H. Comparative Studies in the Economic Adaptation of Immigrants in Canada: A Literature Review. Report submitted to the Department of Employment and Immigration, Ottawa. Downsview: York University, 1982.

Roskies, E. Immigration and mental health. Canada's Mental Health, 26(2):4-6, 1978.

Ruiz, R.A., Padilla, A. Counselling Latinos. Personnel Guidance J., March:401-408, 1977.

Rumbaut, R.D. Life events, change, migration, and depression. In Fann, W.E., Karacan, I., Pokorny, A.D., Williams, R.L. (eds.). Phenomenology and Treatment of Depression. New York: Spectrum, 1977.

Rumbaut, R.G. Mental health and the refugee experience: A comparative study of Southeast Asian refugees. In Owan, T.C. (ed.), Southeast Asian Mental Health: Treatment, Prevention, Services, Training and Research, Rockville: Maryland: National Institute of Mental Health, 1985.

Rwegellera, G.G. Differential use of psychiatric services by West Indians, West Africans and English in London. Br. J. Psychiatry, 137:428-432, 1980.

Sabatier, C., Durivage, J. Preschool migrants and the child psychiatric guidance. Paper presented at the 6th Annual Meeting of the Canadian Academy of Child Psychiatry, Whistler, B.C., September 1986.

Salvendy, J.T. The mental health of immigrants: A reassessment of concepts. Canada's Mental Health, 31:9-12, 16, 1983.
Samuda, R.J., Wolfgang, A. (eds.) Intercultural Counselling and Assessment: Global Perspective. Toronto: C.J. Hogrefe, 1985.

Sandoval, M.C. Santeria as a mental health care system: An historical overview. Soc. Sci. Med., 13B:137-151, 1979.

Santopietro, M.S., Lynch, B.A. What's behind the inscrutable mask? RN Magazine, Oct.:55-61, 1980.

Sartorius, N., Pedersen, P.B., Marsella, A.J. Mental health services across cultures: Some concluding thoughts. In Pedersen, P.B., Sartorius, N., Marsella, A.J. (eds.), Mental Health Services: The Cross-Cultural Context. Beverly Hills: Sage Publications, 1984.

Schrader, A. The vulnerable age: Findings on foreign children in Germany. Soc. Educ., 51:227-230, 1980.

Sehl, M., Naidoo, J.C. The adaptation of Salvadorean refugees in Canada. Multiculturalism, 9(1):25-28, 1985.

Sell, R.R. Analyzing migration decisions: The first step -- whose decision? Demography, 20(3):299-311, 1983.

Selyan, A.A. The immigrant experience: "Who cares?" Canada's Mental Health. 26(2):2-4, 1978.

Shackman, J.D. Speaking through others: A study of the use and training of interpreters in Bristol. United Kingdom: Refugee Action, 1982.

Shibata, Y. Coping with values in conflict: Japanese women in Canada. In Ujimoto, K.V., Hirabayashi, G. (eds.), Visible Minorities and Multiculturalism: Asians in Canada. Toronto: Butterworths, 1980.

Shuval, J.T. Migration and stress. In Goldberger, L., Breznitz, S. (eds.) Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects. New York: Free Press, 1982.

Skhiri, Annabi, Allani. Enfants d'immigrants, facteurs d'attachement ou de rupture? Ann. Med. Pschol. (Paris), 140(6):597-602, 1982.

Sluzki, C.E. Migration and family conflict. Family Process, 18(4):379-390, 1979.

Smither, R., Rodriguez-Giegling, M. Marginality, modernity, and anxiety in Indochinese refugees. J. Cross-Cult. Psychiatry, 10(4):469-477, 1979.

Sokoloff, B., Carlin, J., Pham, H. Five-year follow-up of Vietnamese refugee children in the United States. Clin. Pediatr. (Phila.), 23(10):565-570, 1984.

Spitzer, J.B. Planning services for elderly refugees: The Vietnamese and Soviet Jews. Migration Today, 12(3):25-27, 1984.
Starr, P.D., Roberts, A.E. Community structure and Vietnamese refugee adaptation: The significance of context. Int. Migration Rev., 16(3):595-618, 1982.

Sterlin, C. La référence culturelle dans une pratique psychiatrique en milieu Haitien à Montréal. (In press).

Stevenson, J., Richman, N., Graham, P. Behaviour problems and language abilities at three years and behavioural deviance at eight years. J. Child Psychol. Psychiatry, 26(2):215-230, 1985.

Strand, P.J., Jones, W. Indochinese Refugees in America: Problems of Adaptation and Assimilation. Durham, N.C.: Duke University Press, 1985.

Stumphauzer, J.S., Davis, L.C. Training Mexican American mental health personnel in behavior therapy. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry, 14(3):215-217, 1983.

Sue, D.W. Counselling the Culturally Different: Theory and Practice. John Wiley & Sons Inc., 1981.

Sue, S. Ethnic minority issues in psychology: A re-examination. Amer. Psychologist, 38:583-592, 1983.

Sue, S. Psychological theory and implications for Asian Americans. J. Personnel Guidance, 55(7):381-389, 1977.

Sue, S., Morishima, J.K. The Mental Health of Asian Americans: Contemporary Issues in Identifying and Treating Mental Problems. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1982.

Szapocznik, J., Kurtines, W., Fernandez, T. Bicultural involvement and adjustment in Hispanic-American youths. Int. J. Intercult. Relations, 4:353-365, 1980.

Szapocznik, J., Scopetta, M.A., King, O.E. Theory and practice in matching treatment to the special characteristics and problems of Cuban immigrants. J. Community Psychol., 6(2):112-122, 1978.

Tobin, J.J., Friedman, J. Spirits, shamans, and nightmare death: Survivor stress in a Hmong refugee. Am. J. Orthopsychiatry, 53(3):439-448, 1983.

Tousignant, M. La construction culturelle des émotions. (En cours d'impression).

Trouvé, J.N., Liauzu, J.P., Calvet, P., Scotto, J.C. Aspects sociologiques des troubles de l'identité dans la pathologie de la migration. Ann. Med. Psychol. (Paris), 141(10):1041-1062, 1983.

Trovato, F. A time series analysis of international immigration and suicide mortality in Canada. Int. J. Soc. Psychiatry, 32(2):38-46, 1986.

Tung, T.M. Indochinese Patients: Cultural Aspects of the Medical and Psychiatric Care of Indochinese Refugees. Falls Church, Virginia: Action for Southeast Asians, 1980.

Tyhurst, L. Coping with refugees. A Canadian experience: 1948-1981. Int. J. Soc. Psychiatry, 28(2):105-109, 1982.

Ubale, B. Equal Opportunity and Public Policy. Toronto: B. Ubale, 1977.

United States Catholic Conference. Migration and Refugee Services. Women Refugees: Their Needs and the Church's Response. Washington, D.C., 1985.

Van Dromme, L. The effect of differential educational strategies upon the attitudes of French Canadian teachers towards immigrants. Scientia Paedagogica Experimentalis, 14(1):111-125, 1977.

Van Drunen, L. On the plight of refugee women. Migration News, (1-2):36-40, 1982.

Vega, W.A., Kolody, B., Valle, R., Hough, R. Depressive symptoms and their correlates among immigrant Mexican women in the United States. Soc. Sci. Med., 22(6):645-652, 1986.

Vega, W.A., Kolody, B., Warheit, G. Psychoneuroses among Mexican Americans and other whites: Prevalence and caseness. Am. J. Public Health, 75(5):523-527, 1985.

Verma, R.B.P., Basavarajappa, K.G. The economic adaptation of immigrants: Income of immigrants in Canada, 1980. International Sociological Association Conference, 1986.

Vignes, A.J., Hall, R.C.W. Adjustment of a group of Vietnamese people to the United States. Am. J. Psychiatry, 136:424-444, 1979.

Wakil, S.P., Siddique, C.M., Wakil, F.A. Between two cultures: A study in socialization of children of immigrants. J. Marriage and the Family, 43(4):929-940, 1981.

Walter, I. One year after arrival: The adjustment of Indochinese women in the United States (1979-1980). Int. Migration Review, 19(1-2):129-152, 1981.

Wampold, B.E., Casas, J.M., Atkinson, D.R. Ethnic Bias in counselling: An information processing approach. J. Counselling Psychology, 28:498-503, 1981.

Way, R.T. Burmese culture, personality and mental health. Aust. N.Z. J. Psychiatry, 19(3):275-282, 1985.

Waxler, N.E. Is mental illness cured in traditional societies? A theoretical analysis. Cult. Med. Psychiatry, 1:233-253, 1977.

Weidman, H.H. Falling-out: A diagnostic and treatment problem viewed from a transcultural perspective. Soc. Sci. Med., 13B:95-112, 1979.

Westermeyer, J. Psychiatric diagnosis across cultural boundaries. Am. J. Psychiatry, 142(7):798-805, 1985.

Westermeyer, J., Neider, J., Vang, T.F. Acculturation and mental health: A study of Hmong refugees at 1.5 and 3.5. years postmigration. Soc. Sci. Med., 18(1):87-93, 1984.

Westermeyer, J., Vang, T.F., Neider, J. Migration and mental health among Hmong refugees. Association of pre- and post-migration factors with self-rating scales. J. Nerv. Ment. Dis., 171(2):92-96, 1983(a).

Westermeyer, J., Vang, T.F., Neider, J. Refugees who do and do not seek psychiatric care. An analysis of premigratory and postmigratory characteristics. J. Nerv. Ment. Dis., 171(2):86-91, 1983(b).

Westermeyer, J., Zimmerman, R. Lao folk diagnoses for mental disorder: Comparison with psychiatric diagnosis and assessment with psychiatric rating scales. Med. Anthropol., 5:425-443, 1981.

Wiliams, C.L., Westermeyer, J. Psychiatric problems among adolescent Southeast Asian refugees. A descriptive study. J. Nerv. Ment. Dis., 171(2):79-85, 1983.

Williams, H., Carmichael, A. Depression in mothers in a multi-ethnic urban industrial municipality in Melbourne. Aetiological factors and effects on infants and preschool children. J. Child Psychol. Psychiatry, 26(2):277-288, 1985.

Wilson, L.G., Ries, R., Bokan, J. Transcultural psychiatry on an American psychiatric ward. Hosp. Community Psychiatry, 31(11):759-762, 1980.

Wood, M.R. Social service agents and Indo-Canadian immigrants in Vancouver: Implications of models of social exchange for intercultural transactions. Doctoral thesis, University of British Columbia, 1984.

Yamamoto, J., Lam, J., Fung, D., Tan, F., Iga, M. Chinese-speaking Vietnamese refugees in Los Angeles: A preliminary investigation. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Florida, May 1976.

Yedid, H. Quelques problèmes de réinsertion chez les réfugiés Cambodgiens de France. Asemi, 13(1-4), 1982.

Yeung, W.H., Schwartz, M.A. Emotional disturbance in Chinese obstetrical patients: A pilot study. Gen. Hosp. Psychiatry, 8(4):258-262, 1986.

Zola, I.K. Pathways to the doctor -- from person to patient. Soc. Sci. Med., 7:677-689, 1973.

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

PRÉSIDENT : Morton Beiser, M.D.
Professor of Psychiatry
University of British Columbia
2255 Wesbrook Mall
VANCOUVER (Colombie-Britannique)
V6T 2A1

COORDONNATRICE
DE LA
RECHERCHE : Merry Wood, Ph.D.
Research Coordinator
University of British Columbia
2255 Wesbrook Mall
VANCOUVER (Colombie-Britannique)
V6T 2A1

MEMBRES :

Carmelina Barwick, B.Sc.N.
Senior Mental Health Consultant
Social and Community Psychiatry Section
Clarke Institute of Psychiatry
250 College Street
TORONTO (Ontario)
M5T 1R8

John Berry, Ph.D.
Psychology Department
Queen's University
Humphrey Hall
KINGSTON (Ontario)
K7L 3N6

Granville da Costa, M.D.
Child and Family Studies Centre
Clark Institute of Psychiatry
250 College Street
TORONTO (Ontario)
M5T 1R8

Anna Maria Fantino, M.Ed.
Immigration and Settlement Service
Catholic Social Services
2nd Floor
10420 - 107 Avenue
EDMONTON (Alberta)
T5H 0W1

Soma Ganesan, M.D.
Department of Psychiatry
University of British Columbia
2255 Westbrook Mall
VANCOUVER (Colombie-Britannique)
V6T 2A1

Christina Lee, Ed.D.
Ontario Womens Institute
2nd Floor
480 University Avenue
TORONTO (Ontario)
M5G 1V2

Winifred Milne, M.S.W.
Director
Department of Social Work
Nova Scotia Hospital
P.O. Drawer 1004
DARTMOUTH (Nouvelle-Ecosse)
B2Y 3Z9

Josephine Naidoo, Ph.D.
Department of Psychology
Wilfred Laurier University
75 University Avenue West
WATERLOO (Ontario)
N2L 3C5

Dr Raymond Prince
Département de psychiatrie
Université McGill
1033, avenue des Pins ouest
MONTRÉAL (Québec)
H3A 1A1

Michel Tousignant, Ph.D.
Directeur
Laboratoire de recherche en
écologie humaine et sociale
Université du Québec à Montréal
MONTRÉAL (Québec)
H3C 3P8

Ernesto Vela, M.Sc.
Health Services Centre
Section of Behavioural Sciences
Department of Psychiatry
University of Manitoba
770 Bannatyne Avenue
WINNIPEG (Manitoba)
R3E 0W3

Sante et Bien-etre social Canada
Health and Welfare Canada
Multiculturalisme et Citoyennete Canada
Multiculturalism and Citizenship Canada